# 在 宅 歯 科 医 療 講 習 会 申 込 書

申込締切 令和４年７月２１日（木）

##  ＦＡＸ番号：０９２－７７１－２９８８

 パソコン・スマートフォンで、県歯ホームページ会員専用ページの「研修会・講演会のご案内」受講申込フォームに、必要事項を入力のうえ、お申し込みください。

 ネット環境がない場合は、下記の必要事項をご記入のうえ、県歯事務局宛にＦＡＸ送信ください。

１．郡市区会名

２．会 員 氏 名

３．出 席 者 ※ 職種は、いずれかに丸印をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏 名  | ふ り が な  | 職 種  |
|   |  | Dr ・ DH  |
|   |  | Dr ・ DH  |
|   |  | Dr ・ DH  |

４．託児を希望される方はご記入ください（※託児は事前申し込みに限ります） 【締切：７月８日（金）】

保護者氏名 保護者連絡先

 お子様の年齢（摘要） 歳（ ）

### ５．ご質問がございましたら、下欄にご記入ください

|  |
| --- |
|   |

 【問合せ先】

 〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号

 一般社団法人福岡県歯科医師会 担当：山本

 TEL：092-771-3531 FAX：092-771-2988