

学校歯科医生涯研修制度 平成29年度専門研修「保健管理」 受講申込書

* 欄外の記載事項にご注意の上、枠内をご記入いただき、郵送にて下記送付先までお送り下さい。

送付先：〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-20 歯科医師会館 4階 一般社団法人日本学校歯科医会「専門研修」受講係

申込区分	平成 29 年度専門研修「保健管理」平成 29 年 12 月 3 日(日)東京都にて開催 (申込期間 平成 29 年 10 月 3 日～11 月 3 日)
------	---

ふりがな 申込者氏名			
申込者診療所住所	〒		
電話番号	FAX 番号		
学校種別 <small>※該当するものを○でお囲み下さい</small>	保育 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ 特別支援学校		
所属加盟団体名			
基礎研修修了年月日	平成 年 月 日 開催分	基礎研修修了証 No	
ホームページへの 氏名掲載の可否	可 ・ 不可		

* 所属加盟団体名：日本学校歯科医会の加盟団体（都道府県学校歯科医会・歯科医師会・一部の政令指定都市学校歯科医会・歯科医師会名）を記入。

* 申込書は申込期間内必着（但し、申込期間開始日の消印より有効）。申込期間開始日前の消印のもの、申し込み期間を過ぎて到着したものは無効となりますので
ご注意ください。