

# 学校歯科医生涯研修制度 平成29年度専門研修「保健教育」 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「保健教育」平成 29 年 8 月 27 日（日）東京都にて開催（申込期間 平成 29 年 6 月 27 日～7 月 27 日） |
|------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                         |                                                                                        |            |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| ふりがな<br>申込者氏名                           |                                                                                        |            |  |
| 申込者診療所住所                                | 〒                                                                                      |            |  |
| 電話番号                                    |                                                                                        | FAX 番号     |  |
| 学校種別<br><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<br>氏名掲載の可否                     | <div>可</div> <div>・</div> <div>不可</div>                                                |            |  |

＊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のこと（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、申込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。