

四国地区「歯の健康力推進歯科医師等養成講習会」受講申込書

氏 名	職 種 <small>(いずれかを○で 囲んでください)</small>	勤務体系 <small>(いずれかを○で 囲んでください)</small>	診療所名(勤務先)	診 療 所			
				〒	住所	TEL	FAX
	歯科医師 歯科衛生士	常勤 非常勤					
	歯科医師 歯科衛生士	常勤 非常勤					
	歯科医師 歯科衛生士	常勤 非常勤					

- ・県歯職員、市歯職員、あるいは歯科衛生士の方も、必ず勤務先診療所名について記入ください。
- ・この申込書は、各位の所属する県の県歯事務局までFAXにてお送りください。

[平成23年7月22日(金)午後5時 締切厳守]

徳島県歯事務局FAX	088-631-4179
香川県歯事務局FAX	087-822-4948
愛媛県歯事務局FAX	089-932-5048
高知県歯事務局FAX	088-872-8011