

看護師向け口腔ケア研修会 参加申込書

申 込 日		平成 年 月 日
勤務先名		
NO	役職・職種等	フリガナ 氏 名
勤務先住所		
勤務先電話番号		
勤務先 FAX 番号		
連絡先メールアドレス		

～ 横浜市歯科医師会 事務局 FAX 045 - 212 - 4618 ～

必要事項をご記入いただき、FAXまたはメール（yokohama@yda-yokoshi.or.jp）にてお申込ください。受信後、参加可否のご連絡をさせていただきます。

横浜市歯科医師会ホームページから（www.yokoshi.net/）口腔ケア関連サイトにリンクすることができますので興味がある方はアクセスください。

横浜市歯科医師会【回答欄】

研修会参加 可・否	決 定	定員締切となりました
研修会参加番号		
発 信 日	平成 2 0 年 月 日	

研修会当日は確認のため、こちらの用紙をご持参ください。

参加費は研修会当日受付でお支払ください。参加費と引換に領収書をお渡しいたします。

キャンセルにつきましては必ず一週間前までにご連絡ください。