

平成29年度 横浜市歯科医師認知症対応力向上研修 参加申込書

日時:平成29年9月21日(木)午後5時30分～午後9時まで

場所:神奈川県歯科医師会館 地下大会議室

(〒231-0013 横浜市中区相生町6丁目68番地)

締切:平成29年9月13日(水)まで

対象:横浜市内で勤務(開設を含む)している歯科医師

定員:100名(先着順)

定員に達し次第締切りとさせていただきます

横浜市歯科医師会会員の先生はこちらに記載してください

地区		お名前	
診療所名			

横浜市歯科医師会の会員以外の先生はこちらに記載してください

勤務医の方もこちらにご記入ください。

(修了証発行に必要となりますので全て記載してください)

地区		お名前	
生年月日		ふりがな	
診療所名			
診療所住所	〒		
TEL		FAX	

注意事項

本研修の修了者には、修了証書が交付されます。

本研修の修了者のうち同意いただいた方の名簿は、横浜市ホームページに公開いたします。

申込み・問い合わせ先:一般社団法人横浜市歯科医師会
TEL 045-681-1553 FAX 045-212-4618