

(別紙3)

平成 25 年度国保直診・口腔保健研修会

参加申込書

申込締切り 平成 25 年 9 月 13 日 (金)

| | |
|-----|----------------------|
| 施設名 | 所在地 〒 _____ |
| | 施設名 _____ |
| | TEL () _____ |
| | FAX () _____ |

※下記の所属施設名の欄は、上記の施設名と異なる場合（連携機関職員）のみご記入下さい。

| | | |
|----------|-------------|--|
| 参加者 1 | 所属施設名 | |
| | 職 種 | |
| | フリガナ 氏 名 | |
| 参加者 2 | 所属施設名 | |
| | 職 種 | |
| | フリガナ 氏 名 | |
| 参加者 3 | 所属施設名 | |
| | 職 種 | |
| | フリガナ 氏 名 | |

平成 25 年 9 月 13 日 (金) までに各都道府県の国診協都道府県協
議会へお申込ください。