

(別紙3)

平成24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24年7月23日(月)

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24年7月23日(月)までに都道府県協議会へお申込
ください。