

(別紙3)

平成23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23年10月17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23年10月17日(月)までに都道府県支部へお申込
ください。