

[一般参加者用]

# 令和元年度国保直診・口腔保健研修会

## 参加申込書

申込締切り 令和元年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	

令和元年9月13日(金)までに国診協事務局まで、FAX 又は E-mail  
にてお申し込みください。

FAX 03-6809-2499

E-mail [office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)