（別添３）

**令和5年度国保直診・口腔保健研修会**

**参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告期限：令和5年6月30日 （金）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設 | 都道府県 |
| 名称 |
| 所在地　〒 |
| 電話 |
| 受講者（記載例） | ふりがな氏名 | こくほ　たろう | 職種 | 歯科医師 |
| 国保　太郎 |
| 役職 | 所長 |
| 受講者① | ふりがな氏名 |  | 職種 |  |
|  |
| 役職 |  |
| 受講者② | ふりがな氏名 |  | 職種 |  |
|  |
| 役職 |  |
| 受講者③ | ふりがな氏名 |  | 職種 |  |
|  |
| 役職 |  |
| 請求書宛名 | ※必ずご記載ください。 　☐請求書の合算希望 |
| 申込担当者 | 所属（部署）　 |  |
| 氏名 |  |
| **連絡先メールアドレス** |  |
| ◇注意事項等（1）事前連絡（受講券発行）・資料等については、請求書及び領収書については、特段のご指定がない限りは「申込担当者」様のメールアドレス宛に送付いたします。（2）同じ施設より4名以上参加の場合は、申込書を複数枚ご使用ください。（3）その他ご要望等については、下記「備考欄」にご記載ください。 |
| 備考欄 |  |

**※ご登録いただいた個人情報は、本研修会の運営管理、実施及び参加者名簿作成等のご案内のためのみに使用いたします。**

 (公社)全国国民健康保険診療施設協議会