**令和5年度国保直診・口腔保健研修会**

**参加申込書　〔一般〕**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 診療所長 |
| 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