

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。 <input type="checkbox"/> 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だけに使用いたします。