

(別紙3)

国診協歯科保健委員会
「国保直診歯科関係者研修会」

〔令和4年4月16日(土)オンライン開催〕

参加申込書

申込代表者 参加者 1	所属	※施設名・部署名		
	役職		職種	
	フリガナ 氏名		国保直診 勤務年数	年 月
	メールアドレス	※受講券発行時に必要となりますので、必ずご記入ください。		
	TEL			

※下記の「所属」の欄は、上記の施設名・部署名と同一の場合は記入不要です。

参加者 2	所属	※施設名・部署名		
	役職		職種	
	フリガナ 氏名		国保直診 勤務年数	年 月
	メールアドレス	※受講券発行時に必要となりますので、必ずご記入ください。		
参加者 3	所属	※施設名・部署名		
	役職		職種	
	フリガナ 氏名		国保直診 勤務年数	年 月
	メールアドレス	※受講券発行時に必要となりますので、必ずご記入ください。		
備考 (連絡事項)				

令和4年4月5日(火)までに国診協事務局へお申込ください。

FAX: 03-6809-2499 E-mail: office@kokushinkyō.or.jp