（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８年12月12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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名		国保直診 勤務年数	年　　か月
	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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名		国保直診 勤務年数	年　　か月
	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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名		国保直診 勤務年数	年　　か月
	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８年12月２日(水)までに国診協事務局へお申込ください。

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