

## 受講申込用紙

### “かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所”の施設基準のための研修会

※必ず受講日の左にある口欄にチェック（✓）をお付け下さい

① 平成 29 年 11 月 11 日（土）13 時 30 分 ～ 17 時 30 分

講習会場：東京デンタルショー2017 セミナー会場A（東京ビックサイト東2、3ホール）

・下記ご記入下さい。

受講希望者氏名	生年月日（ 昭 ・ 平 年 月 日 歳）
職 種	歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 事務 その他（ ）
所属地区 歯科医師会名	歯科医師会 (歯科医師会会員の場合)
診療所 所在地	診療所名 〒
電 話	
F A X	
受講証明書の 発行希望 (歯科医師のみ)	受講証明書の発行を希望しますか。(○を付けて下さい。) 希望する or 希望しない 受講証明書は、か強診・外来環・歯援診の施設基準届出添付用です。 お申込氏名での発行になります。ただし、発行対象は歯科医師のみです。

※ 先着順で受付致します。定員になり次第、受付を終了しますので、お早めにお申込み下さい。

受講対象者には「受講通知ハガキ」をご送付します。

ご入場及び「受講証明書」の引渡しに必要となりますので、当日ご持参下さい。

なお、お申込みが定員を超過した場合の連絡は致しませんのでご了承下さい。

※ 「受講通知ハガキ」を発送後、受講をキャンセルする場合は、ご連絡ください。