

受講申込用紙

公益社団法人東京都歯科医師会主催

「保険講習会 ー外来環・再外来環の実施方法についてー」

※必ず受講希望日の左にある□欄にチェック（✓）をお付け下さい

- ① 平成27年8月1日（土）15時00分～17時30分
② 平成27年8月2日（日）10時00分～12時30分
③ どちらでも可

講習会場:東京デンタルショー2015 セミナー会場D(東京ビックサイト東5、6ホール)

・下記ご記入下さい。

受講希望者氏名	生年月日（大・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)
住 所 (診療所)	〒
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、歯科外来診療環境体制加算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。

※ 先着順で受付けます。定員になり次第、受付けを終了しますので、お早めにお申込下さい。
受付けを完了された方に「受講通知ハガキ」をご送付します。**なお、お申込が定員を超過した
場合のご連絡は致しませんのでご了承下さい。**

お申込みに関する問い合わせは、東京デンタルショー2015 実行委員会まで〔電話〕03-3811-5239
研修内容に関する問い合わせは、東京歯科医師会 事業第一課 保険担当まで〔電話〕03-3262-1149