（ 別　添 ）

平成　　年　　月　　日

公益社団法人　日本歯科医師会　医療管理・情報管理課　行
FAX ： 03 - 3262 - 9885

厚生労働省委託事業　AMR 臨床リファレンスセンター・日本歯科医師会　共催

「AMR 対策歯科臨床セミナー」参加申込書

日　　時 ： 平成 30 年 2 月 4 日（日） 13 時より 16 時まで
場　　所 ： 歯科医師会館　7 階 701・702 会議室
東京都千代田区九段北 4-1-20　公益社団法人　日本歯科医師会

ふりがな 氏　名	
所　属 （医院名等をご記入ください）	
職　種	□歯科医師　□歯科衛生士　□歯科技工士 □その他医療職　□事務
連絡先	（TEL）　／（FAX）
	（E-mail）

＜留意事項＞
※定員（100 名）に達した時点で締め切りとさせていただきます。締め切りとなりました場合には、その旨のご案内をさせていただきますので、何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。