（様式1）

提出先：日本歯科医師会地域保健課

[chiiki-info@jda.or.jp](mailto:chiiki-info@jda.or.jp)

JDAT標準研修会開催連絡

＜「□」の箇所はチェック（☑）してください＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催団体 |  | | |
| 開催日 | 年　月　日（　） | | |
| 開催形態 | □実地　　□オンライン　　□ハイブリッド | | |
| 開催場所　※オンラインの場合は運営側の拠点場所を記載 | |  | |
| 定員（予定受講者数） |  | | |
| 主な受講対象者 |  | | |
| 実施責任者（管理者）の所属・役職・氏名 | （所属） | | |
| （役職） | | |
| （氏名） | | |
| タイムスケジュールを含めたプログラムまたは実施概要等を添付してください | | | □添付しました |
| 講師・演習補助者の  所属・氏名を記載してください  ※プログラム等に記載済みの場合は省略可 | 講師（所属、氏名） | | |
| 演習補助者（所属、氏名） | | |
| 事務担当者名 |  | | |
| メールアドレス  ※演習素材もこのアドレスに送信します |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| その他連絡事項 |  | | |