

(受講者→開催会場)

歯科医療従事者に対する感染症予防講習会受講申込書  
(\_\_\_\_\_会場)

申込日：平成23年 月 日

\_\_\_\_\_ 都道府県 歯科医師会 御中

平成23年度「歯科医療従事者に対する感染症予防講習会」(\_\_\_\_\_会場)  
の受講を申し込みます。

フリガナ 氏名		
勤務先	診療所名	
	住 所	〒
	TEL	( )
	FAX	( )
職 種 ※該当箇所に○印または必要事項をご記入ください。	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 その他 ( )	

個人情報につきましては、本講習会事業の目的および厚生労働省への報告以外には  
使用いたしません。