

日本歯科医師会 地域保健課 行 (FAX : 03-3262-9885)

平成 25 年度 歯の健康力推進歯科医師等養成講習会

受講申込書

(よみがな) 氏 名	()
受講票送付先	〒 —
連絡先	TEL : — — FAX : — —
区 分 (該当するものに○ をし、会員は会員番 号を記入して下さ い。)	1. 歯科医師 ①会員・準会員 (会員番号 : — —) ②未入会 (※歯科医師免許の写しを添付) 2. 歯科衛生士 (※歯科衛生士免許の写しを添付)

地域保健課 使用欄	
No.	
	受付印