

(受講者→開催会場)

歯科医療関係者感染症予防講習会受講申込書 (_____ 会場)

申込日：平成 年 月 日

_____ 都道府県 歯科医師会 御中

平成30年度「歯科医療関係者感染症予防講習会」(_____ 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	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 その他 ()	
※該当箇所に○印または必要事項をご記入ください。		

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。