

特定健診・特定保健指導への歯科関連プログラム導入に向けた意見交換会
～生活歯援プログラムの効果的活用を考える～

参加申込書

(フリガナ) 氏名	
住所	〒
電話番号	
E-mail アドレス	
職種 ○を付けてください	歯科医師 (日歯会員コード:) 歯科衛生士 行政職 歯科保健担当者 その他 (具体的に:)

(注) 1. 氏名には必ずフリガナを振ってください。

2. 一部の資料を事前に E-mail または郵送にてお送りする予定です。E-mail をご記入いただきました方には原則として E-mail で資料のダウンロード先 URL をお送りさせていただきますのでお含みおき下さい。

なお、個人情報保護法に基づき、本意見交換会において得た個人情報につきましては、本意見交換会及び本研究事業のためのデータベース化資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。

受付番号	受付印

別紙

(都道府県歯科医師会用)

日本歯科医師会地域保健課 行 (FAX: 03-3262-9885)

平成 年 月 日

特定健診・特定保健指導への歯科関連プログラム導入に向けた意見交換会 参加者名簿

_____ 歯科医師会

【旅費支給対象者】

フリガナ 氏名	(〒) 住所	電話番号	E-mail アドレス
	〒		

【上記以外の出席者】

フリガナ 氏名	(〒) 住所	電話番号	E-mail アドレス
	〒		
	〒		

(注) 1.氏名には必ずフリガナを振ってください。

2.一部の資料を事前に E-mail または郵送にてお送りする予定です。E-mail をご記入いただきました方には原則として E-mail で資料のダウンロード先 URL をお送りさせていただきますのでお含みおき下さい。

なお、個人情報保護法に基づき、本意見交換会において得た個人情報につきましては、本意見交換会及び本研究事業のためのデータベース化資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。