令和　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人　日本歯科医師会　医療管理・情報管理課　行

FAX　：　０３‐３２６２‐８９７０

厚生労働省委託事業

AMR臨床リファレンスセンター・日本歯科医師会 共催

「AMR対策歯科臨床セミナー」 参加申込書

日　　時　：　令和2年9月27日（日）　午後1時～同3時

　　　※　本参加申込書をFAXまたはメールにてご返信頂いた後、事務局から専用URLをメールにて送付致しますので、必ず、メールの開封確認を「はい」にしてからアクセスして頂き、ご視聴下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 所　 属  （勤務先をご記入ください） |  |
| 職　　種 | □歯科医師　（□日本歯科医師会会員、　□非会員）  □歯科衛生士　 　□歯科技工士  □その他医療職　　□事務 |
| 連絡先 | （TEL）　　　　　　　　　　　　　（FAX） |
| （E-mail） |
| 会員ID  （※日本歯科医師会の会員のみ  ご記入ください） |  |

※本セミナーは日本歯科医師会生涯研修事業の単位所得の対象となります。