静岡県歯科医師会 地域保健部（高齢期歯科）　行

FAX：054-283-3590　　Ｅメール：tokusyushika@s8020.or.jp

**「第１回高齢者歯科医療講習会」参加申込書（11/４締切）**

期日／令和４年11月13日（日）1０:０0～　場所／県歯会館5F「501大会議室」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属郡市区歯科医師会（または勤務先名称） | 氏　　名 | 職　種（○を付けて下さい） |
|  |  | 歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他（　　　　　　　　　）歯科衛生士 |
|  |  | 歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他（　　　　　　　　　）歯科衛生士 |
|  |  | 歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他（　　　　　　　　　）歯科衛生士 |
| 事前質問がありましたらご記入下さい（本講習会内容に関連するものに限る） |  |
| 連　絡　先 | 診療所名称 |  | 電話番号 |  |

**※新型コロナウイルス感染拡大等により、連絡する場合がございますので必ず連絡先（電話番号）をご記入ください。**