

糖尿病・歯周病 講演会（_____会場）※必ず希望会場名を記入願います。

参加申込書

参加者氏名	
連絡先電話番号	() ー
連絡先FAX番号	() ー
申込区分（下記の該当するところを○で囲んで下さい。）	
・ 一 般 ・ 医療従事者	
医療従事者の方は職種を○で囲んで下さい。	・ 歯科医師 ・ 医師 ・ 看護師 ・ その他 ()

参加者氏名	
連絡先電話番号	() ー
連絡先FAX番号	() ー
申込区分（下記の該当するところを○で囲んで下さい。）	
・ 一 般 ・ 医療従事者	
医療従事者の方は職種を○で囲んで下さい。	・ 歯科医師 ・ 医師 ・ 看護師 ・ その他 ()

参加者氏名	
連絡先電話番号	() ー
連絡先FAX番号	() ー
申込区分（下記の該当するところを○で囲んで下さい。）	
・ 一 般 ・ 医療従事者	
医療従事者の方は職種を○で囲んで下さい。	・ 歯科医師 ・ 医師 ・ 看護師 ・ その他 ()

FAX送信先 <054-283-3590>

※ お申し込みいただいた時点で、定員に達している場合は、ご連絡させていただきます。