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

「介護職種向け口腔ケア研修会」参加申込書（１１/８締切）

期日／令和元年１１月１６日（土）１４:００～　場所：総合健康福祉センターさざんか（牧之原市静波９９１－１）

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
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	

※１診療所２名迄でお願い致します