

厚生労働省委託事業
全国共通がん医科歯科連携講習会
受講申込書

氏名	
住所	〒
連絡先 電話番号	
勤務先	名称：
	住所：〒

※ 申込み締め切りは平成 29 年 1 月 12 日（木）までです。

【お申込み先】
和歌山県歯科医師会
FAX：073-431-2660