和歌山県歯科医師会　行き

一般用

（FAX：073-431-2660）

**平成29年度 歯科医師認知症対応力向上研修会**

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 勤務先（開業）  歯科医院名 |  |
| 歯科医院　住所 | 〒 |
| 歯科医院　電話番号 |  |
| 受講希望日  （どちらかに○印） | 11/18紀北会場　　　　11/19紀南会場 |
| 修了者情報公表の同意  （どちらかに○印） | 可　　　　不可 |

（申込み締切り：平成29年11月4日）