

在宅歯科医療連携室整備事業講演会参加申込書 (1/31開催)

貴団体名：

\_\_\_\_\_

連絡先：

\_\_\_\_\_

※希望者の方には弁当（1個1,000円税込）をご用意いたします。  
購入を希望される方は、弁当の欄に○印を記入して下さい。  
代金は、受付の際に現金にて申し受けます。

ふりがな 氏名	職種・所属等	弁当

申込締切：1月22日（金）