２月２２日開催

第２回高齢者歯科保健医療スキルアップ事業研修会
参加申込書

貴団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名	職　種・所　属

香川県歯科医師会事務局へＦＡＸ（０８７－８２２－４９４８）にて
平成２７年２月１３日（金）迄にお申し込みください。