

2/17 障害者等歯科医療技術者養成事業研修会  
申し込み書

歯科医院名	
住 所	
電 話 番 号	

氏 名	職 種
	歯科衛生士
	歯科衛生士
	歯科衛生士
	歯科衛生士
	歯科衛生士
	歯科衛生士

2月10日（水）までに、香川県歯科医師会事務局へ

FAX（087-822-4948）にてお申し込みください。