

平成 28 年度 在宅口腔ケア研修会(初級編第 1 回～3 回) FAX 申込用紙

所属(無い場合は「なし」)	郡市名	TEL または 携帯(必ず記入)

職種 (歯科衛生士等)	ご芳名	備考 (在宅口腔ケア経験等)
		在宅口腔ケア経験約 年

※ (一社)香川県歯科衛生士会会員として登録される場合は、職種欄に「香川県歯科衛生士会」とご記入ください。

対象研修会	開催日時	参加希望に○印
第 1 回 講義	平成 28 年 11 月 22 日(火) 19:30～21:00	
第 2 回 実習 (定員 24 名、未経験者優先)	平成 28 年 12 月 4 日(日) 9:30～12:00	
第 3 回 講義	平成 29 年 1 月 20 日(金) 19:30～21:00	

※ 複数出席希望のある場合はコピーしてご利用ください。

香川県歯科医師会 事務局(担当 佐藤)

FAX 087-822-4948 TEL 087-851-4965

(各開催日の 1 週間前までにはお送りください。ただし、実習は先着順。)