

歯科医師認知症対応力向上研修参加申込書

郡市会名：

歯科医院名：

※第1回（1/22開催）、第2回（2/26開催）ともに同一の内容です。

※受講日を必ずお選び下さい。

ふりがな 氏名	職 種	受講日	
		第1回 1/22開催 (香川県歯科医療専門学校)	第2回 2/26開催 (ひまわりセンター)
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		
	会員歯科医師 歯科衛生士 歯科助手		

申込締切：第1回 1月13日（金）迄
第2回 2月17日（金）迄