

1 1 / 2 障害者歯科医療安全研修事業講義・実習研修（実践編）
申し込み書

施設（所属）名	
住 所	
電 話 番 号	

氏 名	職 種

10月26日（木）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。