2/1　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

所　　属	
住　　所	
電話番号	

氏　名	職　種

１月２６日（金）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。