障害者歯科医療安全研修事業研修会（基礎編）

参　加　申　込　書

所属団体　　香川県歯科衛生士会

勤 務 先

受講希望日	氏　名	職　種
(　)1月30日(木) (　)2月27日(木)		歯科衛生士
(　)1月30日(木) (　)2月27日(木)		歯科衛生士

※受講希望日の（　）に希望順位を記載してください。

１月１０日（金）までに香歯事務局へＦＡＸ（０８７-８２２-４９４８）または郵送にてご返送ください。