

日本口腔リハビリテーション学会主催

「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
外来環・歯援診の施設基準に係わる研修会」
参加申込書（FAX用）

FAX送付先：03（3947）8341

※申し込み期限：11月10日（木）

開催日時：平成28年11月20日（日）午後4時30分～6時30分
会 場：京都市国際交流会館 1階イベントホール

フリガナ		
氏 名		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
所 属		
住 所	〒	
電話番号		