一般社団法人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：10月31日（水）**

開催日時：平成30年11月11日（日）午後4時15分～6時15分

会　　場：神戸芸術センター　505会議室

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　　名 | □  非会員  会員  □ |
| 所　　属 | 〒 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |