

「つまようじ法」訪問実習 受講申込書

貴 医 院 名			
院 長 お 名 前	(フリガナ)		
訪 問 先 ご 住 所	〒		
T E L		F A X	
E - m a i l			
受 講 希 望 日 時	第一希望 (ご希望日) (時間帯)①午前 ②午後 ③どちらでもよい 月 日 () (: ~ :) 第二希望 (ご希望日) (時間帯)①午前 ②午後 ③どちらでもよい 月 日 () (: ~ :) 第三希望 (ご希望日) (時間帯)①午前 ②午後 ③どちらでもよい 月 日 () (: ~ :) (※時間帯については、それぞれいずれかの番号に○をつけてください。)		
ス タ ッ プ 数	歯科医師 名 ・ 歯科衛生士 名 ・ 歯科助手 名		
日 程 調 整 の ご 連 絡 先	① TEL(ご希望の時間帯等:) ② FAX ③ E-mail ※いずれかに○をつけてください。		
受 講 に 際 し て の ご 要 望			

●お申込・お問合せ

NPO 法人 お口の健康ネットワーク 事務局

〒700-0953 岡山市南区西市 541-1 TEL.086-250-2531 / FAX.086-250-2532

E-mail: jimukyoku@oral-health-network.jp

本申込書に必要事項をご記入の上、FAX 又は郵送にてお申込ください。Eメールの場合は、上記必要事項をメール本文にご記載いただき、送信してください。

※事務局にてお申込確認後、訪問候補日を連絡させていただき、訪問日を決定いたします。

※受講料の他に、講師の旅費・宿泊費が必要になります。

