

**難病患者等のための在宅歯科医療推進事業
対応歯科医師養成研修 申込用紙（FAX・郵送専用）**

（フリガナ） 氏 名	（ ）
受講区分	☐ 千葉県歯科医師会 会員（歯科医師） ☐ 千葉県歯科医師会 非会員（歯科医師） ☐ その他（ ）
受講希望について ※現在実地研修の実施は未定（開催が決定した際に、受講を希望する場合には ☒)	☐ 座学研修 ☐ 実地研修
診療所住所	〒 -
診療所名称	
診療所電話番号	
メールアドレス ※手書きの場合には、分かりやすくご記入頂きますようお願いいたします。	

【申込先】千葉県歯科医師会
事務局（事業課） 西脇 行

FAX送信：043-248-2977
