**令和５年度神奈川県歯科医師会　がん医科歯科連携研修会申込書**

＊下記に必要事項をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関住所 | 〒： |
| 所属 |  |
| （フリガナ）受講者氏名 |  | 職種 |  | 役職 |  |
| 電話番号 |  | E-mail |  |

※複数名ご参加の方は、申込用紙をコピーしてご使用ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提 出 先 | **公益社団法人神奈川県歯科医師会　本間宛（FAX：0120-681-786）** |
| 提出期日 | **令和５年11月30日（木）まで** |

（この申込書に記載された事項は当研修会以外の目的には使用いたしません）

------------------------------------------------------------------------------------------------

