

[一般参加者用]

平成 30 年度国保直診・口腔保健研修会

参加申込書

申込締切り 平成 30 年 8 月 31 日 (金)

施設名	所在地 〒 _____
	施設名 _____
	TEL () -
	FAX () -

※下記の所属施設名の欄は、上記の施設名と異なる場合（連携機関職員）のみご記入下さい。

参加者 1	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	
参加者 2	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	
参加者 3	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	

平成 30 年 8 月 31 日 (金) までに国診協事務局まで、FAX 又は E-mail にてお申し込みください。

FAX 03-6809-2499

E-mail office@kokushinkyō.or.jp