**第4回国際歯科医療安全機構研修会　参加申込書**

必要事項を記入し下記へFAXにてお申し込み下さい。

定員を150名とし、申し込み先着順とさせていただきます。

　　　　　　　　　　　同一施設で複数人参加される場合は、コメント欄に参加される方の

フルネームと職種を記入してください。

* ご氏名
* ふりがな
* ご住所 　〒

* ご連絡先 電話番号：
* ご所属

* 職種　　　　　歯科医師（歯科医師会会員）　　・　　歯科医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科衛生士　　・　　歯科技工士　　・　　学生

* コメント

【お申し込み先】

第４回国際歯科医療安全機構研修会

**FAX番号：024-934-5405**

お問い合わせ電話番号：024-934-5322

（担当 ： 池谷　進）