

# 北海道在宅歯科医療連携室推進事業 第2回在宅療養支援サポート研修会受講申込書

## お申し込み方法

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお申し込みください。  
定員に達し次第、締切とさせていただきます。  
※電話でのお申し込みはご遠慮ください。

申込受付期間/ 10月1日(火)～10月25日(金)

## お申し込み先

一般社団法人札幌歯科医師会  
〒064-0807 札幌市中央区南7条西10丁目 FAX 011-511-1530

## 参加の可否について

定員に達していない場合はこちらより特段のご連絡は致しませんので、当日直接会場へお越しください。  
※定員を超えやむを得ず参加をお断りする場合のみご連絡をさせていただきます。

事業所名称：

事業所電話番号：

事業所FAX番号：

参加者氏名(職種)

1) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

2) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

3) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

4) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

FAXはA4サイズのままで送信してください。