

参加申込票

FAX: 0952-28-1114

独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
平成 29 年度 地域連携口腔ケア研修会

記入欄

◆ 受講希望日 (○で囲んでください)

- ・ 第 1 回： 8 月 7 日 (月)
- ・ 第 2 回： 8 月 18 日 (金)
- ・ 第 3 回： 8 月 21 日 (月)

※できる限り 3 回すべてのご出席をお願い致します。

◆ 医療機関または事業所名

◆ 参加者氏名 (資格)

<例> 好生 太郎 (薬剤師)

()

◆ ご連絡先 (電話番号)

()

※ 申し込みは、おひとりにつき 1 枚ご記入の上、研修日の前日午前 11 時までに
FAX をお願い致します。

【お問い合わせ】 独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
研究係 TEL:0952-28-1117 (担当:浅井、野中)