

FAX 送信先 0995-58-4389

## 令和2年度 医療管理研修会参加申込書

- ※ 令和2年度医療管理研修会(11月17日開催)に参加希望の方は、下欄の必要事項にご記入の上 **11月9日(月)まで**にお申し込み下さい。
- ※ 3密を避けるために始良地区歯科医師会館での受講は会員本人に限ります(スタッフはオンラインのみ)。また人数に制限があり、場合によっては入場を制限する場合がございます。予めご了承ください。
- ※ 参加申込は**事前登録制**で、定員になり次第締め切らせていただきます。
- ※ オンライン参加の方は、別途メールでの参加申し込みが必要です。

### 会員情報

地区名	歯科医師会
会員氏名	
施設基準受講証明書	希望する ・ 希望しない
会員参加区分	会場 ・ オンライン(Zoom)
メールアドレス (オンラインの場合必須)	
日歯生涯研修 IC カード番号 (受講証明書希望の方は必須)	

スタッフ参加者 ( ) 名 (スタッフはオンライン参加のみ)

### 重 要

<<オンライン参加の方は、別途メールでの参加申し込みが必要です。>>  
件名に、「医療管理研修会参加申込」、本文に「歯科医院名、参加者氏名、メールアドレス、職種」を明記の上、以下のメールアドレスへ送信ください。

[aira-kda@po3.synapse.ne.jp](mailto:aira-kda@po3.synapse.ne.jp)

### オンライン参加方法

