

江戸川区口腔保健センター宛

FAX 03-5667-8022

口腔保健センター区民講演会参加申込書

(令和3年2月4日(木) 開催)

下記にご記入のうえ FAX で1月25日(月) までにお申し込みください。

| | |
|---------|--|
| 所属事業所名 | |
| 事業所住所 | |
| 事業所 TEL | |
| 事業所 FAX | |
| メールアドレス | |

参加希望者氏名

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

※口腔ケアサポーター養成研修会に参加したことがある方は番号に丸をつけてください

(問合せ先)

江戸川区口腔保健センター

TEL 03-5667-8020

FAX 03-5667-8022