

歯周病予防出前講座 申込書

<ul style="list-style-type: none"> ● 必要事項（太枠部分）を記入し、郵送、FAXまたは電子メールでお申し込みください。 ● 申込受付後、運営方法などについて確認するため、担当者から連絡させていただくことがあります。 	<p style="text-align: center; margin: 0;">申込先</p> <p style="margin: 5px 0;">一般社団法人 石川県歯科医師会</p> <p style="margin: 5px 0;">郵 送：〒920-0806 金沢市神宮寺3-20-5</p> <p style="margin: 5px 0;">TEL：076-251-1010</p> <p style="margin: 5px 0;">FAX：076-251-6450</p> <p style="margin: 5px 0;">E-mail：8020@ida1926.or.jp</p>
---	--

申 込 日	年 月 日
団体・企業等の名称	
代表者職氏名	職名 氏名
連絡先	住所 〒
	担当者職氏名 所属 職名 氏名
	電話・FAX 電話 FAX
	E-mail
開催希望日時	<p style="font-size: small;">※随時開催しておりますが、講師派遣の都合により、できるだけ13:00～14:00あるいは夜の時間帯をご検討ください。</p> <p>第1希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分</p> <p>第2希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分</p>
会 場	会 場 名
	所 在 地
対 象 者	
参加予定人数	人
協会けんぽ加入の有無※	協会けんぽ加入事業所である ・ 加入事業所でない
歯周病簡易検査 (だ液潜血検査)の希望	希望する ・ 希望しない
その他要望等	

【留意事項】

- ・ 会場の手配・設営等は、申込者が行ってください。
- ・ 申し込みは、参加者5名以上を目安にお願いします。
- ・ 講座終了後は、結果報告書を記載し、写真等を添付のうえ、申込先まで提出してください。
- ※協会けんぽ加入事業所で、歯周病簡易検査を希望する事業所におかれましては、その旨、協会けんぽ石川支部企画総務グループに情報提供させていただきますので、ご了承ください。