

FAX 送信先 : 03-4463-7537

がん・感染症センター都立駒込病院 患者サポートセンター 医療連携担当 行き

駒込病院 周術期口腔ケア見学会 参加申込書

開催日時 :

令和4年 9月14日(水) ①10:00~12:00 ②14:00~16:00

令和4年10月12日(水) ③10:00~12:00 ④14:00~16:00

○参加ご希望回(上記①~④の中から第二希望までご記入ください)

第一希望 _____

第二希望 _____

○医療機関名・お名前(1施設1名様でお願いいたします)

・医療機関名 : _____

・お名前 : _____

・職種 : _____ 歯科医師 ・ _____ 歯科衛生士

・住所 : 〒 _____

・電話番号 : _____

○所属歯科医師会名 : [_____] 歯科医師会

※誠に恐れ入りますが準備の都合上、**8月19日(金)まで**にお申し込みください。

※ご参加いただける日程、当日の集合場所・時間等については後日改めてご連絡させていただきます。