

FAX 送信先： 03-4463-7537

がん・感染症センター都立駒込病院 患者・地域サポートセンター 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5年 9月27日（水）①10:00～12:00 ②14:00～16:00

令和5年10月25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：

・FAX 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、**9月22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。