FAX 0436-22-8068

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜別紙１＞

**〒290-0081　市原市五井1309**

市原健康福祉センター 歯科保健・小児慢性疾病担当 あて

参加申込書

「口腔ケア研修会」への参加を申し込みます。１２月２５日（水）実施

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  参加者 氏 名 | 当てはまる物に○を 又は  （ ）に記入してください | | 電話番号（携帯可） |
|  | 患者  ご家族  その他（ ） | 計　　　　人 | 電話 － － |
| * 先生へのご質問 ～日ごろのお悩みや先生に聞いてみたいことを御記入ください～ ◆ | | | |