

「酒田地区歯科医師会在宅歯科支援室研修会」

参加申し込み

病院、施設等の名称		
氏名 (職種)		ZOOMでの参加希望の方はメールアドレス記入 e-mail ()
氏名 (職種)		ZOOMでの参加希望の方はメールアドレス記入 e-mail ()
氏名 (職種)		ZOOMでの参加希望の方はメールアドレス記入 e-mail ()

※事前に講師の先生に質問がある方は、ご記入下さい。

--

8月31日(水)までに酒田地区歯科医師会FAXまで、返送の程、宜しく
お願い致します。 (FAX: 0234-22-0898)