

〒245-0061

横浜市戸塚区汲沢 1-10-46 踊場 メディカルセンター4F  
(とつかグリーン歯科内)

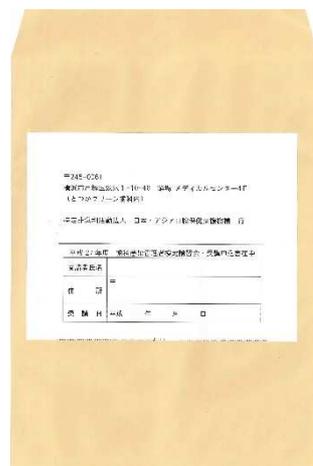
特定非営利活動法人 日本・アジア口腔保健支援機構 行

平成 28 年度 歯科感染管理者検定講習会・受講申込書在中

受講者氏名	
住 所	〒
受 講 日	平成 年 月 日

.....キリトリ.....

1. 必要事項をご記入ください。
2. 受講申込書類提出用送付票を切取線で切取り、A4 サイズが入る封筒に貼付。



3. 受講申込書を同封の上、ご郵送ください。

※平成28年2月1日（月）必着。期日までに郵送出来ない場合は、事務局までご連絡願います。