特定非営利活動法人 日本･アジア口腔保健支援機構

写真貼付
3.5cm
×
2.5cm
写真の裏に
氏名を記入
しっかりのり付ける

お申込みFAX送信先

FAX: 045-330-6480

管理コード	※

※事務局にて記入

第二種歯科感染管理者検定講習会･受講申込書

開催日	20　　年　　月　　日		
受講会場			
		申込書記載日	年　　月　　日
受講者氏名	フリガナ		
現住所 電話番号	〒		
	TEL　（　　）　　-		
	FAX　（　　）　　-		
メールアドレス 大文字小文字の別･ーハイフンや_アンダーバーの別、数字の0とアルファベットのOの別などをご記載ください。	**(注) ご記入のメールアドレスへ、検定ご参加に関する大事な情報をお送りいたします。正確に、明瞭にご記入ください。** mail　　@		
所属医療機関･企業名	フリガナ		
所属医療機関･企業 住所 連絡先	〒		
	TEL　（　　）　　-		
	FAX　（　　）　　-		
受講票送付先 （どちらかに〇をつけてください）	･現住所　　･所属医療機関住所		
該当する資格に☑を お願いします	□歯科医師　□歯科衛生士　□歯科技工士　□歯科助手　□歯科関連企業　□その他		

上記のとおり、第二種歯科感染管理者検定講習会への参加を申し込みます。

【検定受験料振込控のコピーをこちらに添付してください】

※歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の方は免許のコピーを同封してください。（貼り付け不要）