

〒650-0033

兵庫県神戸市中央区江戸町 96 番地 ストロングビル 8 階

A.R.メディコム・インク・アジア・リミテッド デジタル事業部

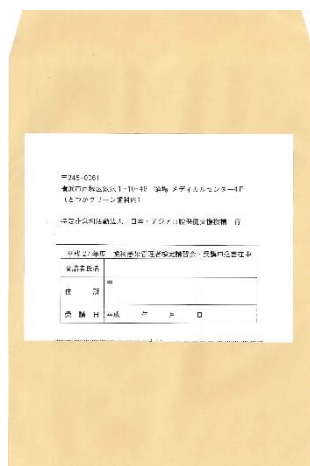
日本・アジア口腔保健支援機構検定係 行

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。

※ 申し込み期限までに郵送出来ない場合は、事務局までご連絡願います。