

別紙

# 令和5年度 口腔衛生指導者講習会 参加申込書



右のQRコードでお申し込み頂くか、下記をご記入の上、  
10月23日（月）15時迄に 諏訪市歯科医師会へFAXで、お申込下さい。

送付先      F A X    0266-57-1411

1. 出席者申し込み 所属先名: \_\_\_\_\_

所属先 電話番号		FAX 番号	
職名	氏名(ふりがな)	メールアドレス	参加方法
	( )		会場 ・ Web
	( )		会場 ・ Web
	( )		会場 ・ Web
	( )		会場 ・ Web

2. 講師への質問、講演内容についてのご要望等をご記入ください。

**【申・問】**  
諏訪市歯科医師会  
〒392-0027 諏訪市湖岸通り4-9-9-1F  
TEL 58-5550 FAX 57-1411