

事前に兵庫県歯科衛生士センターホームページにてご確認ください

兵庫県歯科衛生士センター FAX 078-945-7871

令和4年度 兵庫県歯科衛生士センター

多職種連携研修会 申込書

ふりがな 氏 名			
住 所	〒		
連絡先 (昼間) 電話番号		F A X 番号	
メールアドレス (携帯・PC等)			

兵庫県歯科衛生士会員の方は、会員番号、支部名をご記入ください。

会員番号		支部名	
------	--	-----	--

- ◇ 事前に兵庫県歯科衛生士センターへの登録をお願いします
- ◇ 開催日までに、Zoomウェビナーの招待状及び資料をメールでお届けします。