

平成 28 年度障害者等歯科医療技術者募集養成事業 受講申込書

平成 28 年 7 月 ____ 日

一般社団法人 名古屋市歯科医師会
会 長 小 木 曾 公 様

歯科医師 歯科衛生士

申込者氏名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

○ 受講を希望するコース（いずれかひとつ選択してください）

- ① 在宅訪問診療のための全身管理コース（A）（9月29日～11月24日）
 ② 在宅訪問診療のための全身管理コース（B）（1月26日～3月23日）
 ③ 在宅訪問診療のための摂食嚥下診断コース（C）（10月20日～3月16日）

○ 歯科医師の方へ 歯科衛生士帯同の有無

- 帯同なし
 帯同あり

帯同する歯科衛生士

氏 名 _____

自宅住所 〒 _____

勤務先名称 _____

私は 平成 28 年度障害者等歯科医療技術者養成事業の上記のコースへの受講を
希望します。

提出先：名古屋南歯科保健医療センター事務局

FAX (052) 822-7544

8月1日（月）必着