

令和5年度 歯科医療技術者養成事業 受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人 名古屋市歯科医師会
会長 都島 誠一 様

歯科医師 歯科衛生士

申込者氏名 _____

診療所名 _____

診療所住所 〒 _____

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 訪問診療実践コース

② 摂食嚥下診断コース

○ 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、令和5年度 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。

申込先：訪問診療実践コースは名古屋南歯科保健医療センター事務局へ
FAX (052) 825-4340
摂食嚥下診断コースは名古屋北歯科保健医療センター事務局へ
FAX (052) 913-1839

8月21日(月)必着