**令和３年度口腔がん検診担当歯科医師申込書**

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

申込者氏名

地　　　区 　　　　　　　区

診療所住所 〒 -

診療所名

連絡先 TEL 　　 FAX

○　**申告事項**（下記の応募条件を満たした方はチェックを入れてください）

　　　□　　私は、名古屋市歯科医師会ＨＰに公開された「口腔がん検診―アドバンスコ

　　　　　　ース」を閲覧し動画内のポストテストで8問以上正解しました。

**◯ 希望する日時・検診先**（複数選択可）

□　　 ①令和3年10月17日（日）9：30～11：30名古屋**北**歯科保健医療センター

□　　 ②令和3年11月21日（日）9：30～11：30名古屋**南**歯科保健医療センター

≪申し込み先≫

名古屋市歯科医師会事務局

ＦＡＸ：052-962-9561

≪申込締切≫

**令和3年9月15日(水)必着**