

養護教諭向け講習会への講師派遣申し込み書

矯正歯科治療の研修会・講習会を計画しています。つきましては、日本臨床矯正歯科医会の矯正歯科医師を講師として派遣して頂きたい、申し込み致します。

学校名もしくは養護教諭部会名：

所在地もしくは開催予定地：

実施予定年月日： 年 月 日

対象人数：

担当者名：

所属：

連絡先 住所：

電話番号：

E-mail：

※近隣の先生との予定が合わず、講師派遣をできない場合があります。

FAX 送信先：03-3947-8341

公益社団法人 日本臨床矯正歯科医会 事務局 澤辺友宏
(財) 口腔保健協会 学会部
〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F
TEL 03-3947-8891