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く、申し込み致します。

養護教諭部会名または学校名：

開催予定地：

実施予定年月日：　第一希望　　年　　月　　日
　　第二希望　　年　　月　　日
（第二希望までご記入ください。実施日は担当講師と打ち合わせ下さい。）
　上記日程について変更　　・可　　・不可

講演予定時間：　　時　　分　～　　時　　分

対象人数：
対 象 者：　・養護教諭（小学・中学・高校）　　・教職員　　・保護者
　　・その他（　　）

担当者名：

所　属：

連絡先　住所：

　　電話番号：
　　E-mail：

※近隣の会員との予定が合わず、講師派遣をできない場合があります。

FAX 送信先　０３－３９４７－８３４１　（TEL　03-3947-8891）
公益社団法人日本臨床矯正歯科医会　事務局　澤辺友宏
〒170-0003　東京都豊島区駒込 1-43-9　駒込 TS ビル　（一財）口腔保健協会内

◇下記アンケートにご協力ください。
当講習会は何でお知りになりましたか？
・養護教諭関係の広告　・学校歯科関係の広告　・職場からの情報　・インターネット
・その他（　　）

ご協力ありがとうございました。