

FAX:082-257-5581

広島大学病院輸血部長室
藤井輝久・濱本京子 宛

参加申込書 (FAX 返信用)

第7回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議

平成 28 年 11 月 6 日 (日) 10:30~16:10

会場：岡山コンベンションセンター 405 会議室

_____ 県歯科医師会 _____ 参加者数 _____ 名

参加歯科医師	
ふりがな 氏名	
歯科医師会に おける役職	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先	
メールアドレス	
参加歯科医師	
ふりがな 氏名	
歯科医師会にお ける役職	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先	
メールアドレス	

申込期限： 平成 28 年 9 月 23 日 (金) 必着

※申し込み受付後、10 月 14 日 (金) 迄に個人宛に参加についてのご案内をお送りします。通知が届かない場合はご連絡ください。