

(日本歯科医師会 地域保健課行)

「健康日本21推進全国連絡協議会 平成30年度第1回分科会」
～医科歯科連携による受動喫煙防止と禁煙対策～ 受講申込書

申込日：平成 年 月 日

日本歯科医師会会長 殿

「健康日本21推進全国連絡協議会 平成30年度第1回分科会」
～医科歯科連携による受動喫煙防止と禁煙対策～の受講を申し込みます。

(フリガナ) 氏 名			
職 業		日本歯科医師会会員の場合 会員番号(9ケタコード)	— —
自宅或いは 勤務先住所 (勤務先の場合は勤務先名も記載)	〒 —		
受講票送付先 (上記と同じ場合は記載不要)	〒 —		
電 話 番 号	—	—	
F A X 番 号	—	—	
携帯電話番号	—	—	
メールアドレス	@		
本分科会を知った経緯(どちらかに○を付けてください)	歯科医師会 ・ 健康日本21推進全国連絡協議会		

※ 上記の各項にもれなく記入してください。記入もれがある場合、申し込みを受理できないことがあります。

※ 個人情報保護法に基づき、本分科会において得た個人情報は、本分科会のためのデータベース化による資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。

【申し込み先】

公益社団法人日本歯科医師会 地域保健課
〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-20
電話：03-3262-9211 FAX：03-3262-9885
Eメール：chiiki-info@jda.or.jp

【申込締切日】

平成30年7月10日(火)