

『令和7年度地域支援口腔ケア・食支援研修会』 会場参加申込書

締切：7/25(金)

氏名	職種	勤務先名	連絡先(メールアドレス等) すでに登録された方は不要です。

連絡先の記入をお願いします。FAX、メールのどれでも結構です。

お申込み FAX：0857-29-0876 メール：tobu-renkei@hal.ne.jp

〈送付・お問い合わせ先〉

鳥取県東部歯科医師会 地域歯科医療連携室

担当：上原