

大分県歯科医師会 行

F A X

0 9 7 - 5 4 5 - 3 1 5 5

大分いい歯の 8020 推進講演会 参加申込書

お手数ですが、参加人数把握の都合上、下記申込欄にご記入いただき、大分県歯科医師会まで F A X 願います。

平成 2 8 年 1 0 月 日

施設・団体名
または個人名

参加人数 名

電話番号

F A X

※申し込み締め切り 1 0 月 3 1 日 (月)