

11月23日(日) 第21回歯科の体験アイデア発表交流会 参加申込書

本交流会に参加をご希望の方は、11月15日(土)までに以下に記入し、FAXにてお申し込み下さい。(群馬県保険医協会 FAX:027-220-1126) 定員になり次第、〆切とさせていただきます。ご了承ください。

お申込みいただきましたら後日、皆様の参加登録証、会場案内図等を「代表の方」に宛てて郵送いたします。必ず、ご住所を明記してください。

■ご参加いただける人数 () 人

代表の方 (参加登録証を送付させていただきます)

氏名 _____ お勤め先・学校名 _____

登録証送付先の住所 〒 _____

一緒にご参加いただける方

氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

開催時間中、お子様を預ける保育スペースを用意しています。

★保育を希望しますか? ・はい ・いいえ

「はい」とお答えした方(お子様の人数 人/年齢 ・ ・ 歳)

群馬県保険医協会 〒371-0013 前橋市西片貝町4-12-25-103
TEL : 027-220-1125 FAX: 027-220-1126