

# 参加申込書

## 『 石川県歯科医師会・石川県看護協会連携事業 研修会 』

平成 31 年 1 月 27 日（日）開催

テーマ 「 在宅療養者の歯科と看護の連携を切り拓く 」

◇ 所属医療機関名

\_\_\_\_\_

◇ 受講希望者氏名 ※（ ）内は○をつけてください。

\_\_\_\_\_（ 栄養士・ その他 ）

\_\_\_\_\_（ 栄養士 ・ その他 ）

\_\_\_\_\_（ 栄養士・ その他 ）

\_\_\_\_\_（ 栄養士・ その他 ）

\_\_\_\_\_（ 栄養士・ その他 ）

◇ 受講会場 ※○をつけてください。

- ・ 石川県歯科医師会館
- ・ 珠洲市総合病院
- ・ 市立輪島病院
- ・ 公立能登総合病院
- ・ 加賀市医療センター

◎必要事項を明記し、平成 31 年 1 月 16 日（水）までに石川県歯科医師会事務局に FAX をお願いします。

石川県歯科医師会事務局

FAX 番号 076-251-6450