

「がん医科歯科連携研修会（オンライン併催）」 各会場参加用申込書

※こちらは会場参加用申込書です。WEB受講の申し込みは、裏面QRコードを読み取るか、本会ホームページ（一般ページ）内の「本会研修会・講習会へのお申込みについて」からお願いします。

開催日時：令和4年2月6日（日）13:30～16:10（終了予定）

申込締切：令和4年1月28日（金）

所属市区町村歯科医師会 （県歯会員のみのみ） ※スタッフ等は市町を記入	氏名	職種 （○を付けてください）	受講会場 （希望する会場に○）
		歯科医師・歯科衛生士・その他（ ）	東部・中部・西部
		歯科医師・歯科衛生士・その他（ ）	東部・中部・西部
連絡先	診療所（勤務先） 名称	電話番号	
	Eメール	当日緊急連絡先 電話番号	

※万が一に備え連絡先電話番号等は必ずご記入ください。

「研修会における新型コロナウイルス感染防止の取り組みについて」

- 新型コロナウイルス感染症対策に関して、政府および関係機関、各自治体からの情報収集につとめ、適切な感染拡大防止対策を徹底してまいります。感染拡大状況に応じて本会の判断のもと、本講演会は中止とする場合がありますのでご理解、ご了承ください。
- 体調に不安のある方は、参加を見送るようお願いいたします。また、新型コロナウイルス感染者との接触等に心当たりのある方の参加につきましてもご遠慮いただきますようお願いいたします。（開催3日前からの検温、体調管理をお願いします）
- 研修会ではマスクの着用と会場内に入室前には手指消毒等をお願いいたします。
- 受付にて検温を実施いたします。37.5℃以上の方は参加をご遠慮いただきますので、予めご了承ください。