

静岡県歯科医師会 地域保健部（成人歯科専門部会）行

FAX：054-283-3590

## 障がいのある人たちの家族向け講演会＜受講申込書＞

開催：令和元年9月28日(土)

ご氏名	
連絡先	_____市_____区（市区まで結構です） 電話番号

### ■施設関係職員の方

勤務先		
	ご氏名	職種

※令和元年9月20日（金）迄にお申し込み下さい。