令和　　年　　月　　日

公益社団法人　日本歯科医師会　医療管理・情報管理課　行
FAX　：　03 - 3262 - 8970
E メール　：　iryoukanri_jouhoukanri@jda.or.jp

厚生労働省委託事業
AMR 臨床リファレンスセンター・日本歯科医師会　共催

「AMR 対策歯科臨床セミナー」参加申込書

日　　時　：　令和 2 年 9 月 27 日（日）　午後 1 時～同 3 時
※　本参加申込書を FAX またはメールにてご返信頂いた後、事務局から専用 URL をメールにて送付致しますので、必ず、メールの開封確認を「はい」にしてからアクセスして頂き、ご視聴下さい。

ふりがな 氏　名	
所　属 （勤務先をご記入ください）	
職　種	□歯科医師 （□日本歯科医師会会員、 □非会員） □歯科衛生士　　□歯科技工士 □その他医療職　□事務
連絡先	（TEL）　　（FAX）
	（E-mail）
会員 ID （※日本歯科医師会の会員のみご記入ください）	

※本セミナーは日本歯科医師会生涯研修事業の単位所得の対象となります。