

京都府高齢者支援課
地域包括ケア推進担当 行
E-mail : t-fujita31@pref.kyoto.lg.jp
F A X : 075-414-4572

平成30年度 歯科医師認知症対応力向上研修 参加申込書

所 属	
氏名	(ふりがな)
	(生年月日：S・H 年 月 日)
診療所名	
所在地	
同伴者氏名	(ふりがな)
	(職種：)
	(生年月日：S・H 年 月 日)
	(ふりがな)
(職種：)	
(生年月日：S・H 年 月 日)	

※後日、京都府知事名で修了証書を交付しますので、ふりがな、生年月日もご記入ください。

なお、修了証書につきましては、歯科医師のみの発行となります。

※同伴者は、診療所に勤務する歯科衛生士、歯科助手、受付等に限りません。

※歯科医師の参加の無い同伴者のみの参加は認められません。