

「酒田地区歯科医師会在宅歯科支援室講演会」

参加申し込み

病院、施設等の名称			
氏名		職種	
氏名		職種	
氏名		職種	
氏名		職種	
氏名		職種	
氏名		職種	

※事前に講師の先生に質問がある方は、ご記入下さい。

--

10月9日（火）までに酒田地区歯科医師会までFAXで返送の程

お願い致します。（FAX：0234-22-0898）