

(関係機関用)

令和3年度歯科口腔保健担当者研修会 出席者名簿

所属機関名	職名 (職種)	氏名	メールアドレス (招待URLの送信先)	保健所会場で 参加希望○

※複数人が会議室等に集合して参加する場合は、代表者アドレスのみ記載してください。
※保健所会場について、新型コロナウイルス感染症の流行状況等によっては変更をお願いする場合がありますので御了承ください。

○ライフステージに応じた歯科口腔保健について、活動の評価・まとめ方に関することや日頃活動を行う上で困った事など、各講師に聞いてみたいことがありましたら御記入ください。

【連絡先】

機関名 _____
担当者名 _____
電話番号 _____
E-mail _____

提出期限：令和3年9月17日（金）