

第23回 福岡県学校歯科保健研究大会参加申込書

申込責任者

所属名

職名

氏名

所属名	職名	氏名
(例) ○○中学校	養護教諭	○ ○ ○ ○

締切日 平成30年9月28日(金)
郵送又はFAXにてお申込ください。

一般社団法人 福岡県学校歯科医会(福岡県歯科医師会館内)
〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12-43

TEL (092) 714-4627

FAX (092) 714-7599