

# 第29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

メールアドレス

氏名

---

所属名	職名	氏名
(例) ○○中学校	養護教諭	○ ○ ○ ○

締切日 令和6年10月18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