

第31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8年10月30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