

(事務連絡)
令和2年8月28日

関係各位

埼玉県歯科医師会

埼玉県歯科医師会・明海大学歯学部附属明海大学病院共催
第12回歯科医師臨床研修指導歯科医講習会について

標記講習会を下記のとおり開催しますので、受講を希望される場合は、別添の申込書にて令和2年10月16日(金)までにFAXでお申込みください。

記

1 日時 令和2年11月22日(日)・23日(祝)【一泊二日】

(1) 第1日目 10時00分～21時50分【9時30分受付開始】

(2) 第2日目 8時30分～15時00分

2 場所 ホテルラフレさいたま

さいたま市中央区新都心3-2 電話048(600)5505

3 定員 18名(定員になり次第締切り)

※本会会員の先生を優先的に受付けておりますことを御了承ください。

4 受講料【昼食(二日分)・夕食(一日目)・朝食(二日目)・宿泊代含む】

未入会者 60,000円

※受講料は当日、受付にて徴収いたします。

※受講確定後にキャンセルした場合は、受講料をお支払いいただきます。

5 参加条件

(1) 7年以上の臨床経験を有する歯科医師

(2) 大学又は大学の歯学部若しくは医学部の附属病院である施設において5年以上の臨床経験を有する歯科医師であり、日本歯科医学会専門分科会の認定医・専門医の資格を有する者

※どちらかの条件を満たしていれば受講できます。

6 その他

(1) 詳細については受講確定者に後ほど御案内いたします。

(2) 1診療所あたり2名様までのお申込みとさせていただきます。

(3) 新型コロナウイルス感染症の影響で、延期または中止とする場合がございますので、予め御了承ください。

担当 事業課 中川

電話 048(829)2323

FAX 048(829)2376

申込先FAX番号 048(829)2376

申込締切 令和2年10月16日(金)

埼玉県歯科医師会学術部担当 行

埼玉県歯科医師会・明海大学歯学部附属明海大学病院共催

第12回歯科医師臨床研修指導歯科医講習会受講申込書

医療機関名 _____

医療機関所在地 〒 _____

医療機関電話番号 _____ (_____)

医療機関FAX番号 _____ (_____)

受講者氏名 _____ 【開業医・勤務医（常勤・非常勤）】
※どちらかに○を付けてください。

所属都道府県歯科医師会 _____

※歯科医師会に入会されていない場合は記入不要です。