

送信先 (FAX) 0229-91-0306

申込日 令和6年 月 日

大崎歯科医師会 多職種連携講演会申込書

施設名		
施設住所 〒 -		
TEL		FAX
緊急連絡先(当日連絡可能な方の番号) ※必須 代表者名; TEL;		メールアドレス
NO.	申込者氏名	職種名

- * コロナウィルスの状況によってはやむを得ず中止または延期となる場合もありますので、ご了承くださいますようお願いいたします。
- * お申込後、連絡させていただく場合もありますので、記入漏れのないようにお願いします。
- * 先着順により申込受付をいたします。
- * 応募が定員に達した場合はお断りすることになりますのでご了承ください。
- * 本申込書は本講演会の運営に必要な用途以外には使用致しません。
- * ご不明な点がありましたら、下記までご連絡下さい。

<大崎市図書館 駐車場案内図>

<駐車場について>
第1駐車場(49台うち障がい者用3台)、
第2駐車場(54台)、
第3駐車場(20台)が満車の場合は、
当館が契約している
有料駐車場を利用してください。



(一社)大崎歯科医師会 (TEL) 0229-91-0305 (FAX) 0229-91-0306