

令和7年度地域支援口腔ケア・食支援研修会

◎8月3日（日）東部歯科医師会館での参加申込用紙

鳥取県東部歯科医師会 事務局行

FAX 0857-29-0876

締切：7/28（月）

※会場参加申込みの方のみご記入の上、事務局までお送りください。

|   | 歯科医院名 | 職 種 | 氏 名 |
|---|-------|-----|-----|
| 1 |       |     |     |
| 2 |       |     |     |
| 3 |       |     |     |

\*\*\*\*\*

◎リモート聴講申込みについて（ハイブリッド開催です）

- ・東部歯科医師会ホームページ内の申込みフォームから事前登録をお願いします。

<https://tottori-tobu-dent.com>

検索

締切：7/28（月）17時



←HPはこちら



←申込みはこちら

- ・申し込みは、氏名（必ずフルネーム：漢字）・所属先・職種をお願いいたします。
- ・申し込みは7月28日（月）が締め切りです。事前申し込み制のため、当日参加はできません。
- ・この研修会はZoom（視聴ツール）を利用します。聴講に使用されるPC、タブレット、スマホにZoomアプリをインストールしてください。聴講いただくために必ずZoomのウェブサイトが視聴可能であることを事前にご確認ください。
- ・研修会の4日前になりましたら、申し込みいただいたメールアドレスへ、ZoomのURLとミーティングIDをお送りいたします。
- ・Zoom利用時の参加名は氏名（フルネーム：漢字）と歯科医院名（所属）を必ず明記してください。参加者を把握する為に必要な情報となります。
- ・当日、聴講者のPC・ネットワーク環境・設定、Zoomのトラブル等により、聴講できない場合、本会是对応しかねますので予めご了承ください。

鳥取県東部歯科医師会 事務局（担当：上原）

TEL(0857)-23-3197 FAX(0857)-29-0876