|  |
| --- |
| （鑑は不要です。本紙のみ送信願います）送信先：北海道医療大学　学術交流推進部　地域連携課ＦＡＸ：０１３３－２３－１２９６ |

「北海道医療大学デンタルキャラバン」申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名代表者　職・氏名 | 北海道歯科医師会　　　　　　　　　　　　　　　　支部 |
| 支部のご担当者氏名 |  |
| ご担当者連絡先（※１） | 〒　　　　　　　　 |
| Tel: | Fax: |
| E-Mail： |
| 派遣希望講師名（※２） | ＊派遣をご希望される講師には、あらかじめ内諾をお取りいただいた上でお申し込み願います。 |
|  |  |
| 開催日時 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　　曜日）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 会　　場 | Tel： |
| 講演タイトル（演題） | 実施要領等があれば添付願います |
| 参加予定人数（※３） | 人 |
| その他連絡事項等 |  |

※１　ご担当者様には、講演会実施に係る事前・事後の連絡をさせていただくことがあります。

※２　講師の旅費交通費は大学が負担しますが、旅行の手配は教員自身が行います。

※３　講演会終了後は、開講報告を兼ねて参加者名簿（様式任意コピー可）のご提出をお願いします。

　　　なお、ご提出いただく参加者名簿は参加者数の集計以外には使用しません。