

研修申込書

研 修 名 : _____

研修希望日 : _____

ご参加者名 : _____

医療機関名 : _____

ご 住 所 : _____

ご連絡先 : _____

備 考 : _____

神奈川歯科大学附属横浜クリニック・横浜研修センター

〒221-0835 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町 3-31-6

TEL:045-548-8807 (直通) /045-313-0007 (代表)

Mail : yc.zaigiken@kdu.ac.jp

お問合せ先：地域医療連携室（研修担当）