提出先：日本歯科医師会地域保健課

chiiki-info@jda.or.jp

（別紙２）報告書

提出日：　年　 月 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **都道府県** |  | **報告者所属・氏名** |  |
| **主催者** |  | **講習会等の****名称** |  |
| **実施日** |  | **実施場所** |  |
| **参加組織****参加職種****参加人数　等** |  |
| **実施概要** |  |
| **今後の課題** | 　 |