

# 食育推進フォーラム申込書

日本歯科医師会地域保健課行き

(FAX:03-3262-9885)

氏名	
職種 (をつけてください)	歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・栄養士・ その他( )
住所	
電話番号	
参加人数	

Eメールでお申込みの場合は、上記事項を日本歯科医師会地域保健課  
(chisanpo-nisshi@jda.or.jp)宛お送りください。

締切:平成21年1月9日(金)必着  
但し、定員になり次第締切とさせていただきます。  
また、開催日1週間前までに参加証が届かない場合は、  
日本歯科医師会地域保健課(TEL03-3262-9211)まで  
ご連絡ください。