

# 連携室職員派遣依頼書

平成 年 月 日

地域歯科医療連携室運営室長

筒井 修一 様

依頼者

住所

氏名

電話番号

下記の通り  
いただきますようお願い致します。

を開催いたしますので、職員を派遣して

記

内容	
日時	平成 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
会場	
対象者	
参加予定人数	名
備考	

\*Faxで送付する場合には、下記あてをお願いします。

一社 豊前築上歯科医師会事務局 fax番号 0979-82-2214