

(所定の様式)

厚生労働省委託事業  
「令和3年度新型コロナウイルス感染症に係る  
ワクチン接種のための筋肉内注射に係る研修」  
Eシステム (e-learning) 教育研修 受講申込書

申込日：令和3年 月 日

日本歯科医師会会長 殿

都道府県歯科医師会会長 殿

日本歯科医師会が実施する標記 Eシステム (e-learning) 教育研修の受講を申し込みます。

氏名		フリガナ	
生年月日 年齢・性別	昭和・平成 年 月 日 歳 / 男性・女性	歯科医籍 登録番号	
診療所名 又は勤務先名			
診療所又は 勤務先住所	〒 _____		
電話番号	— —	携帯電話	— —
FAX	— —	緊急 連絡先	— —
メールアドレス	@ ※添付ファイルを確認できるメールアドレスをご記載ください。		

**※ 上記の各項にもれなく記入して下さい。記入もれがある場合は申し込みを受理しません。**

※ 個人情報保護法に基づき、本研修において得た個人情報は、本事業のためのデータベース化による資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。