

(別 紙)

「賀茂地域歯科保健関係者研修会」参加申込書

受講希望者

団体名	職 名 (ない場合は不要)	氏 名

連絡先（電話番号）：

メールアドレス：

希望する受講方法に○をつけてください。オンライン形式（ZOOM）での受講の場合は、当日安定した通信環境にてミーティングID（977 3326 6849）及びパスコード（hLcYq5）を入力してご参加ください。

受講方法 オンライン形式（ZOOM）での受講 ・ 会場での受講

事後アンケートの回答方法について、Googleフォームでの回答を希望される場合は後日いただいたメールアドレス宛にGoogleフォーム仕様のアンケートを送付します。また、Googleフォームが使用できない場合は、別添のワード文書仕様のアンケートにて回答をお願いいたします。

Googleフォームでの回答 希望する ・ 希望しない

受講希望者

※ 講師への質問がある場合は、御記入ください。

※ お手数ですが令和3年10月15日（金）までに、下記の賀茂健康福祉センター健康増進課メールボックス宛に提出をお願いします

E-mail kfkamo-kenzou@pref.shizuoka.lg.jp