

愛知県歯科医師連盟
会 長 内 堀 典 保 様

平成 年 月 日

地区名 _____

代表者 _____

講師派遣依頼書

開催日・時間	平成 年 月 日 () ~
場 所	
会 合 名	
公 職 者 の 出 席 予 定	有 無 (いずれかに○を付けて下さい)
公職者出席の場合 公職者氏名	
内 容	

愛知県歯科医師連盟事務局
TEL 052-972-7075
FAX 052-972-7625