

2016年（平成28年）度、情報交換会用事前アンケート

県名：            県

行政・歯科医師会・拠点病院・その他（○を付けてください）

記載責任者：部署名：

氏名：

メールアドレス：

電話番号：

①情報交換会・講演会への参加について

参加する            参加できない

参加する場合            宿泊（前日）を希望する            希望しない

（宿泊希望の場合、宿泊施設はご自分で手配いただき、領収書の提出をお願いします。）

注：各県の行政・歯科医師会・拠点病院より1名につき、交通費・宿泊費を支給します。

②参加の有無にかかわらず、下記に記載をお願いします。（項目名のみでも結構です）

1) 平成27年度実施事業について：実施内容（日付、名称、場所、内容）と結果（参加者数など）を記載してください。

2) 平成28年度事業予定について：予定内容（日付、名称、場所、内容）についてわかる範囲で記載してください。