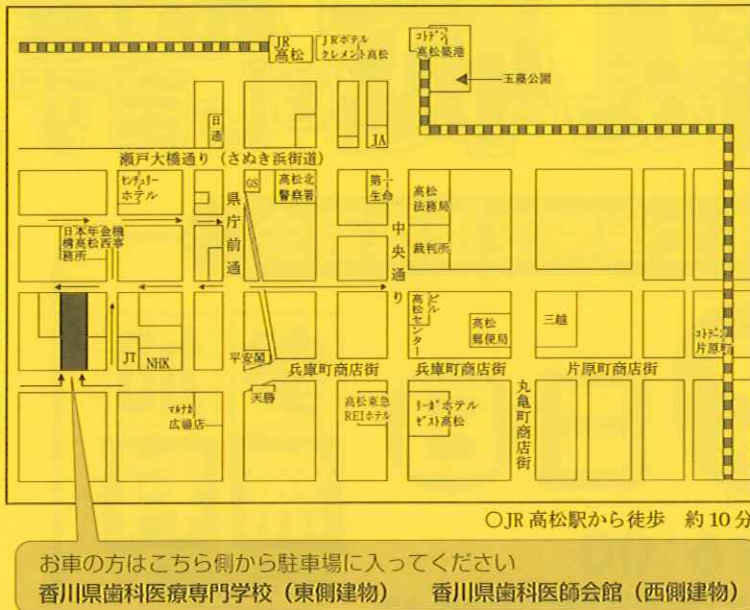


会 場



申込先

香川県歯科医師会 事務局

- ◎ 先着順になります。
- ◎ 駐車場、託児に関しましては、後日開催日の出欠確認の際に確認致します。
令和2年2月初頭までに確認の連絡が無い場合は、事務局までお問い合わせ下さい。
ご希望にそえない場合はご了承ください。
- ◎ 以下に記載頂いた個人情報は本講習会以外の目的には使用致しません。

歯科衛生士 復職支援講習会 FAX専用 参加申込書

FAX:087-822-4948

次の必要事項をご記入のうえ、令和2年1月31日(金)までにお申し込みください。

氏 名	住 所		電話番号
男・女	〒		TEL : - - FAX : - - 携帯 : - -
生年月日	歯科衛生士養成過程 卒業学校名	卒業年度	歯科医療機関に現在
昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年	既就職 ・ 未就職
過年度の参加の状況 参加 あり()年度 ・ なし			

駐車場・託児ご希望の場合は印をご記入ください。

- 駐車場希望
- 託児所利用予定 () 人



- ◎ 駐車場・託児は、ご希望に沿えない場合がありますのでご了承ください。
- ◎ なるべく公共交通機関をご利用下さい。