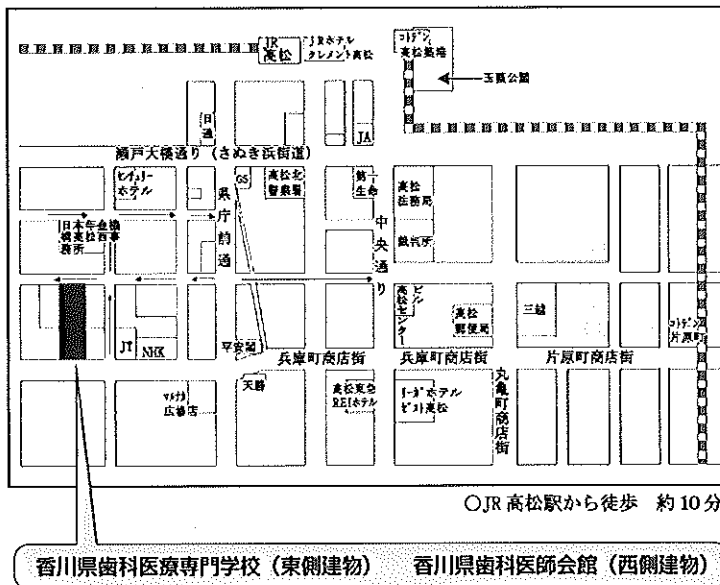


会場



申込先

香川県歯科医師会 事務局

- ◎ 先着順になります。
- ◎ 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。
ご希望にそえない場合はご了承ください。
- ◎ 当日、会場の駐車場は使用できません。
公共交通機関または近隣の駐車場をご利用ください。
- ◎ 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 就職推進事業 FAX専用 参加申込書

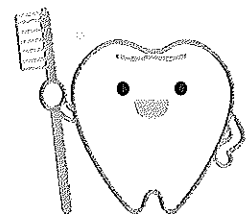
FAX:087-822-4948

次の必要事項をご記入のうえ、平成30年11月5日(月)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			

託児ご希望の場合は印をご記入ください。

託児所利用予定 () 人



◎ ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。