

FAX:052-962-9172

愛知県歯科衛生士会行

「卒後3年未満対象歯科衛生士研修会」
(愛知県委託事業) 申し込み用紙

氏名				
卒後	1年 ・ 2年 ・ 3年			
受講希望日 (○をつけてください)		名古屋会場① 7/7		豊橋会場① 8/4
		名古屋会場② 10/6		豊橋会場② 10/20
		名古屋会場③ 11/10		豊橋会場③ 12/15
連絡先	TEL			
	FAX			
	e-mail			
	勤務先			

※上記情報は当事業での目的以外で使用することはありません

申し込み用紙が届いた時点で返信させていただきます。
返信を持って受付完了とさせていただきます。

FAX送信の場合、裏表を間違えないように送信ください。