

＜歯科衛生士の口腔ケア 初歩の初歩＞

申 込 書

* 該当部分の全てにご記入ください。

静岡県歯科衛生士会までお申し込みください。 FAX:054-281-3081

メールは必要事項を記載して送信してください。 Mail: musibanasiorbit@yahoo.co.jp

【申し込み締切】 ①10月21日(金) ②11月11日(金)必着

* 申込み後、主催者から確認のご連絡をいたします。(電話 090-6172-8630 から発信 or メールにて)

開催1週間前にまでに連絡がない時は静衛会事務局 054-281-3081 にお電話下さい。

* 申し込み期限内でも定員になり次第、申込受付を終了します。

* 申し込みの後、キャンセルする場合は、必ず本会までご連絡ください。

* 当日の緊急連絡はこちらまで 090-6172-8630 (研修会当日の連絡先です)

受講を希望する研修会	どちらかに○をつけてください ①10/30 ・ ②11/20		
氏 名			
歯科衛生士会	会員の方	会員番号	
	会員外の方	歯科衛生士免許番号	
勤 務 先	名 称		
	住 所		
	電話番号		
本人連絡先【 自宅・携帯 】	電話番号		

メール受信可能な方は、アドレスを下の欄にご記載下さい。※見やすい字でお願いします。

受講の動機: 口腔ケアの授業や研修などの未経験者優先で受付します。ご自分の状況がわかるように記載下さい。