「歯科衛生士、歯科技工士の復職・再就業支援事業」

歯科衛生士実地研修申込書

* 「歯科衛生士、歯科技工士の復職・再就業支援事業」に未登録の場合、本申込みで登録とみなします。
* 希望者本人が記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 研修希望者 | ふりがな |  | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | 年　 　月 　　日生 | | | | | | （　　　　歳） |
| 平成 |
| 現 住 所 |  | | | | | | | |
| 連 絡 先 | TEL（ ）　　－ | | | | | FAX（ ）　　－ | | |
| 携帯（　　 ）　　－ | | | | | E-mail： | | |
| 出身養成校 |  | | | | | | | |
| 卒業年： | | 昭和 |  | 年 | | （　　 　　　年度） | |
| 平成 |
| 希望地域  （希望市町村） |  | | | | | | | | |
| 希望医療機関 |  | | | | | | | | |
| 研修希望月  (令和元年度) | ※ 研修日は医療機関と直接調整となります  ※ 希望月と希望する時間帯に○をつけてください。 | | | | | | | | |
| １月　 ・　 ２月　 ・ 　３月 （　　午前　・　午後　　） | | | | | | | | |

* 研修施設登録医療機関一覧表から希望の施設を選択いただき、必要事項をご記入の上、福島県歯科医師会まで郵送またはＦＡＸ、E-mailにてお申し込みください。
* **問合せ・申込み**

**〒960-8105 福島県福島市仲間町6-6　福島県歯科医師会　復職支援事業係**

**TEL.024-523-3266 　FAX.024-524-1323 　E-mail.info@fda-online.or.jp**

いただいた個人情報は本会の情報管理規定に基づき厳正に管理いたします。　　公益社団法人福島県歯科医師会