

平成30年度

歯科衛生士復職支援研修会 参加申込書

(申込締切：12/28)

福島県歯科医師会 行き (郵送またはFAX)

(フリガナ) 氏名	
住所	〒
電話番号	
出身養成校	
歯科衛生士 経験年数	年 カ月
離職後経過年数 (離職されている方のみ)	年 カ月
本研修会への 参加回数	(該当するものに○) 初めて ・ 2回目 ・ 3回目
歯科衛生士会 所属の有無	有 ・ 無

[送付先・連絡先]

〒960-8105 福島市仲間町6番6号
福島県歯科医師会 復職支援事務局 担当者：齋藤
TEL 024-523-3266 FAX 024-524-1323

※ 参加申込書受理後、本会より「受講決定通知書」をお送りいたします。万が一、研修会開催日までに通知が届かない場合にはご連絡ください。

※ 申込後、何等かの事情で欠席する場合には、その旨を本会までご連絡ください。