

令和元年度
歯科衛生士カムバック・リフレッシュ研修会
参加申込書

(申込締切：12/27)

福島県歯科医師会 行き
(郵送またはFAX)

[申込先・連絡先]

〒960-8105 福島市仲間町6番6号

福島県歯科医師会 復職支援係 担当者：齋藤

TEL 024-523-3266 FAX 024-524-1323

(フリガナ) 氏 名	
住 所	〒
電 話 番 号	
メールアドレス	
現在の就業状況	<input type="checkbox"/> 就 業 中 (歯 科 関 係) <input type="checkbox"/> 就 業 中 (歯 科 関 係 以 外) <input type="checkbox"/> 未 就 業 <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	

※ 専用の入力フォームからも申込みできます (案内チラシ参照)。

※ 参加申込受理後、本会より「受講決定通知書」をお送りいたします。開催日前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。