

受講申込書

平成 年 月 日

福島県歯科医師会歯科助手認定講習所長 様

私は、本年度福島県歯科医師会歯科助手認定講習会を* _____ 会場で
受講したく申し込みいたします。

フリガナ 氏 名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日
現住所	〒 _____			
電話番号	(_____)			
本籍	都道 府県			
高校名	高等学校	学年	第	学年
保護者氏名				
上記の者が別紙の注意事項を守り、本講習会を受講することに同意いたします。				
平成 年 月 日				
保護者氏名 ㊟				

注) * のところには福島・郡山・会津若松のいずれかを記入してください。