

受講申込書

令和 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。				
令和 年 月 日				
保護者氏名 ㊟				

注1) 「*」 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。
注2) 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。