一般社団法人石川歯科衛生士会

《地域歯科保健活動参加申込書》

申し込み日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | 会員番号 | | | |  | |
| 氏　名 |  | | | | | | 勤務先名 | | | |  | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 携帯☎  自宅☎ | | | | | | | | | | | |
| 携　帯  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | |
| パソコン  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 |  | | 年 | |  | | 月 | |  | | 日 |
| 派遣業務　（希望業務に 〇 をつけてください。） | | | | | | | | | | | | |
| （　）①歯科保健指導  （　）②学校歯科保健指導  （　）③企業検診 | | | | | （　）④講話  （　）⑤訪問口腔機能管理  （口腔清掃、間接訓練など） | | | | | | | |
| 活動可能な曜日に　〇　をつけてください。 | | | | | | | | | 備考 | | | |
| 午前 | | | 午後 | | | | | |  | | | |
| （　）月  （　）火  （　）水  （　）木  （　）金  （　）土  （　）日 | | | （　）月  （　）火  （　）水  （　）木  （　）金  （　）土  （　）日 | | | | | |

＜送信先＞

FAX：（076）251-1212 又は E-mail：info@ishikawa-dh.com

　　　のいずれかでお申し込みください。