

## 《歯科衛生受託事業参加申込書》

申し込み日： 年 月 日

ふりがな 氏名		会員番号	
		勤務先名	
自宅住所	〒		
連絡先	携帯 自宅		
携帯 メールアドレス			
パソコン メールアドレス			
生年月日	西暦	年	月 日
受託事業の種類 （協力いただける事業に ○ をつけてください。） <input type="checkbox"/> 企業健診 <input type="checkbox"/> イベント（歯科保健指導 フッ化物塗布） <input type="checkbox"/> 口腔機能管理（口腔清掃 間接訓練） <input type="checkbox"/> 金沢市乳幼児健診 <input type="checkbox"/> 金沢市以外の乳幼児健診 <input type="checkbox"/> 金沢市学校歯科保健指導 <input type="checkbox"/> 歯科保健指導および講話（金沢市以外の小中学校、高校、保育園、企業、 公民館、健康教室、子育てサークル） <input type="checkbox"/> 小松市高齢者健口講話			
活動可能な曜日に ○ をつけてください。		備考	
午前	午後		
<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 月		
<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 火		
<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 水		
<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 木		
<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 金		
<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 土		
<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 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。