一般社団法人石川歯科衛生士会

《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 |  | 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 |
| 受託事業の種類　（協力いただける事業に 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金沢市乳幼児検診（木・金） | （　）⑤講話（　）⑥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。