

FAX:052-962-9172

愛知県歯科衛生士会事務局行

(公社)愛知県歯科衛生士会
「隣在支部研修会」申込書

氏名		
歯科衛生士会会員 ○をつけてください	会員(NO 支部)	会員外
受講希望日 ○をつけてください	名古屋会場(愛知県歯科医師会館) 12月8日(日)14:30-16:30	
	豊橋会場(豊橋歯科医師会館 第一教室) 12月15日(日)10:00-12:00	
	刈谷会場(予定:刈谷市総合文化センター) 2月9日(日)10:00-12:00	
連絡先	TEL	
	FAX	
	e-mail	
職場の雇用形態	常勤	非常勤(パートを含む)
相談・質問内容	相談・質問内容は事前に講師へお伝えし、内容によって講義内に解説が含まれたり、個別対応の要否を判断されます。 個別対応が必要だと判断された場合は、当日受付でお伝えします。 すべての相談・質問への対応が困難になる場合もありますのでご了承ください。	

※上記情報は当事業での目的以外で使用することはありません
申込完了の返信は、ありません。
FAX送信の際、裏表を間違えないように送信下さい。