

応募〆切 2月18日(日) 神奈川県歯科衛生士会 FAX番号 045-663-1845

応 募 書

氏 名		年齢	
住 所	〒 -		
電 話 (自宅)	() -	電 話 (携帯)	- -
*メールアドレス		会員番号	

●ご協力頂ける検診日に○印をつけて下さい

検 診 日	検 診 場 所	○印 記入欄
4月1日(月)	慶 応 義 塾 高 等 学 校 (日吉高校)	
4月2日(火)	慶 応 義 塾 高 等 学 校 (日吉高校)	
4月3日(水)	慶 応 義 塾 高 等 学 校 (日吉高校)	
4月11日(木)	慶 応 義 塾 湘 南 藤 沢 中・高等学校	
4月12日(金)	慶 応 義 塾 湘 南 藤 沢 中・高等学校	
4月22日(月)	慶 応 義 塾 普通部	

*応募者多数の場合ご希望にそえない場合もございます。予めご了承ください。

☆研修会☆

●出席可能な日程を○で囲って下さい

(研修会にはいずれか1日必ずご参加ください)

3/19 (火) ・ 3/23 (土)

*今回の応募に際し取得させて頂いた個人情報は、「健診応援業務」についてのみ使用させて頂き利用目的以外には使用しません。