

歯科衛生士復職支援講習会 受講申込書

申し込み日：平成 年 月 日

受講者氏名	
住 所	〒
電話番号 (携帯可)	() - ※ 日中に必ず連絡が取れる番号をお知らせください
F A X	() -
E-mail (携帯可)	
受講希望日	<input type="checkbox"/> 1月20日 <input type="checkbox"/> 1月27日 <input type="checkbox"/> 2月24日 ※ 受講希望日にチェックを入れてください
過去の受講回数	() 回 ※ 初めて受講される方は「0」と記入してください
離職していた期間	() 年

- ※ FAX、E-mail 以外の項目は必ずご記入ください。
- ※ 3日間コースですが1日のみでも受講可能です。ただし、3日間全て受講予定の方を優先させていただきます。
- ※ カリキュラムの詳細ならびに受講票等は後日郵送させていただきます。
- ※ 迷惑メール拒否設定等の受信拒否設定をされている方は、こちらからのメールを受信できない場合がございますので、本会ドメイン「wda8020.org」を指定受信設定にしてください。
- ※ 申込書がこちらに届きましたら、受付け完了のご連絡をお電話、メールまたはFAXのいずれかにてさせていただきます。2、3日経っても連絡がない場合は、申込書が正常に届いていないことが考えられますので、申し訳ございませんが下記の申し込み先までご連絡いただきますようお願いいたします。

申し込み先
和歌山県歯科医師会
FAX : 073-431-2660
TEL : 073-428-3411