

FAX 054-283-3590 まで送信ください。

一般社団法人 静岡県歯科医師会 行

歯科衛生士の仕事見学・説明会 参加申込書

学校名： _____

ご担当教諭：氏名 _____ TEL _____

会場 該当に○	氏名	住所	電話	学年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
東部 中部 西部		〒		年
備考	学校への送付を希望			

※記載住所に後日、当日の案内（時間・会場地図）ハガキを郵送いたします。

※学校宛に送付を希望する場合は、備考欄に学校の住所を記載して下さい。