

一般社団法人岩手県歯科衛生士会

「令和元年度第2回地域保健医療推進歯科衛生士研修会」申込書

(令和2年2月2日実施分)

勤務先 (所属)			
勤務先住所 (所属先住所)	〒		
	電話	()	
参加者氏名	当てはまるものに○をつけ、会員番号をお知らせください。 (岩手県歯科衛生士会員は番号の記載不要です)		
	歯科衛生士会員 会員番号(県外会員のみ) _____ 会員外歯科衛生士		
	歯科衛生士会員 会員番号(県外会員のみ) _____ 会員外歯科衛生士		
	歯科衛生士会員 会員番号(県外会員のみ) _____ 会員外歯科衛生士		
	歯科衛生士会員 会員番号(県外会員のみ) _____ 会員外歯科衛生士		
	歯科衛生士会員 会員番号(県外会員のみ) _____ 会員外歯科衛生士		
岩手県歯科衛生士会に対するご意見・ご要望等ございましたらお書きください。			

※ 申し込み締切日 1月22日(水) 必着 (定員になり次第締め切ります)

～申し込み／問い合わせ～

一般社団法人岩手県歯科衛生士会

〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2-5-25 (FAX 019-624-8186)

※当会ホームページからも申込み可能です。(http://iwate.jdha.or.jp/)