

平成21年度 愛知県歯科衛生士会 研修会申込書 提出日 月 日

会員番号	氏名		年齢	
会員 該当するところに○	非会員	所属会名		
		県	支部	
職種 (非会員の方は必須)	勤務先名			
連絡先 (必須)	住所			
	電話			
	E-mail (分かりやすく)			
研修No.	開催日 月 日	演題名	単位数	研修会無料受 講券NO
例) A)-3	10月18日	X-ray読影法を学ぶ(仮)	2	—
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

* 足りない場合は、コピーしてください

申し込み先

愛知県歯科衛生士会 事務局

(月曜日～金曜日 10:00～15:00)

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-5-18 愛知県歯科医師会館内

(社)愛知県歯科衛生士会 研修会宛

TEL (052) 953-5095 FAX (052) 953-5096 ホームページ <http://aichi.jdha.or.jp>