

歯科助手資格認定講習会申込書

医療機関名		開設者氏名	
住 所			
〒			
TEL		FAX	
受 講 者 氏 名		受 講 者 氏 名	
性別	生年月日 (西暦)	性別	生年月日 (西暦)
(ふりがな)		(ふりがな)	
受 講 者 氏 名		受 講 者 氏 名	
性別	生年月日 (西暦)	性別	生年月日 (西暦)
(ふりがな)		(ふりがな)	

- (注) ① 開設者氏名のないものは無効とします。
② 本会会員の歯科医院勤務及び勤務予定者に限ります。
③ 受講者氏名は楷書でハッキリと記入して下さい。
④ 連絡等は所属する医療機関を通じて行ないます。
⑤ 詳細及び受講票は後日受講者へ送付いたします。

※ 申込み期限 4月30日(水)

岡山県歯科医師会 FAX (086) 224-8561