

春休み 島根県の地域歯科医療体験ツアー申込用紙

ふりがな 氏名	
住所	〒
いずれかに☑のうえ記入 して下さい	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士科学生(年生)(学校名:) <input type="checkbox"/> 歯科技工士科学生(年生)(学校名:) <input type="checkbox"/> 有資格者 (<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 ・ <input type="checkbox"/> 歯科技工士)
年齢・出身地	()歳 (都道府県 市町村)
電話番号	
携帯かPCのアドレス (確実に連絡がとれるアドレス)	@
参加希望市町村 いずれかに☑して下さい	<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 邑南町 <input type="checkbox"/> 川本町 <input type="checkbox"/> 美郷町 <input type="checkbox"/> 江津市 <input type="checkbox"/> 浜田市 <input type="checkbox"/> 益田市 <input type="checkbox"/> 津和野町 <input type="checkbox"/> 吉賀町 <input type="checkbox"/> 特になし
希望日	【春休み期間中の1泊2日】 平成30年 3月 日() ~ 3月 日()
宿泊先の手配	<input type="checkbox"/> 必要(<input type="checkbox"/> 自分で手配する <input type="checkbox"/> 手配してほしい) <input type="checkbox"/> 不要
見学先歯科医院	*要項記載の歯科医院のうち、見学したい歯科医院があれば記入して下さい。 () () ()
見学(実習)内容	* 見学(実習)したい内容があれば記入して下さい。
申込の動機	

《注意事項》

○個人情報を含みますので、必ず郵送で申込んで下さい。

○申込の情報はツアーに関する事業以外に使いませんが、各種事務連絡を行う都合上、島根県歯科医師会、受入歯科医院で共有しますので、ご了解下さい。

○ツアーの参加決定後、集合時間や集合場所、交通手段、宿泊地をはじめとした各種連絡をしますので、確実に連絡がとれる電話番号やメールアドレス(携帯可)、住所を記載して下さい。

申込先：島根県歯科医師会 事務局 (〒690-0884 松江市南田町141-9)