一般社団法人北海道歯科衛生士会

《公衆衛生活動参加申込書》

申し込み日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 会員番号 |  |
| 氏　名 |  | 勤務先名 |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 連 絡 先 | 携帯☎　自宅☎　 |
| 携　帯ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　 |
| パソコンﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　 |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 派遣業務　（希望業務に 〇 をつけてください。）　 |
| （　）①学校歯科保健指導（　）②離島歯科診療　　　（　）③企業検診（予防処置含む） | （　）④イベントなど（　）⑤市町村事業（中頓別町）（　）⑥その他 |
| 活動可能な曜日・時間に 〇 をつけてください。 | 活動可能な地域をご記入ください（市町村名）※札幌市の場合は、区も記載 |
| 月曜日火曜日水曜日木曜日金曜日土曜日日曜日 | （　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　） | （　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　）（　　　） |  |
| その他、ご質問・ご要望などありましたらご記入ください |
|  |

＜送信先＞

FAX：（011）709-8882 又は E-mail：doueikai@eos.ocn.ne.jp

　　　のいずれかでお申し込みください。