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。