長野県歯科医師会主催

歯科衛生士復職支援セミナー参加申込書

**参加希望者は、平成２８年１１月２５日（金）までに参加申込書に下記内容を記入のうえ、郵便・ＦＡＸで長野県歯科医師会宛ご送付ください。**

**送付先：長野県歯科医師会**

**住　所：〒　３８０－８５８３**

**長野市稲葉２１４１**

**ＦＡＸ：０２６－２２２－３０６０**

**（ＴＥＬ：０２６－２２２－８０２０）**

**平成28年12月4日(日)　開催**

**「歯科衛生士復職支援セミナー」に参加します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 住所:　〒 |
| 電話番号: |
| 歯科衛生士としての離職期間 | 年位 |
|  |  |

　※ご記入いただいた連絡先は、今回のセミナーに関するご連絡等以外では使用致しません。

電話番号は、確実に本人と連絡が取れる番号でお願いします。（携帯等）