

歯科衛生士セミナー受講申込書

平成 27 年 11 月 22 日(日)歯科衛生士カムバックセミナー・フォローアップセミナー受講申込みします。(どちらか又は両方にチェックを入れてください)

フォローアップセミナー受講 カムバックセミナー受講

(ふりがな)

1..氏名： _____

2.ローマ字 (名) _____ (姓) _____

3.連絡先電話番号 自宅携帯勤務先 _____

4.出身校 (在校生も学校名にチェックしてください)

愛知学院大学歯科衛生専門学校 愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科

愛知県立歯科衛生専門学校 ナゴノ福祉歯科医療専門学校

名古屋歯科衛生士専門学校 名古屋デンタル衛生士学院

名古屋ユマニテク歯科製菓専門学校

愛知産業大学三河歯科衛生専門学校

豊橋歯科衛生士専門学校 大垣女子短期大学

その他 学校名記入下さい (順不同)

5.卒業年 昭和・平成 _____ 年卒 在校生 _____ 年生

6.住所 〒 _____

7.その他 _____

上記の個人情報はこのセミナーのみのために使用し、他のいかなる事にも使用いたしません。

セミナーに関する申込み、お問合せは、
愛知学院大学歯学部同窓会愛知県支部事務局

TEL052-763-2182 まで。

返信郵送の場合は

〒464-8650 名古屋市千種区楠元町 1-100

愛知学院大学歯学部同窓会愛知県支部「セミナー係」まで

FAXで申込の場合は 052-763-2355 までお送り下さい