

# 歯科衛生士セミナー受講申込書

平成 30 年 12 月 16 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。

(ふりがな)

1. 氏名 :

\_\_\_\_\_

2. 連絡先電話番号  自宅  携帯  勤務先

\_\_\_\_\_

3. 出身校 (在校生も学校名にチェックしてください)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 愛知学院大学歯科衛生専門学校      | <input type="checkbox"/> 愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科 |
| <input type="checkbox"/> 愛知県立歯科衛生専門学校        | <input type="checkbox"/> ナゴノ福祉歯科医療専門学校     |
| <input type="checkbox"/> 名古屋歯科医師会附属歯科衛生士専門学校 | <input type="checkbox"/> 名古屋デンタル衛生士学院      |
| <input type="checkbox"/> 名古屋ユマニテク歯科製菓専門学校    | <input type="checkbox"/> 慈恵歯科医療ファッション専門学校  |
| <input type="checkbox"/> 愛知産業大学三河歯科衛生専門学校    | <input type="checkbox"/> 豊橋歯科衛生士専門学校       |
| <input type="checkbox"/> 名古屋医健スポーツ専門学校       | <input type="checkbox"/> 大垣女子短期大学 (順不同)    |
| <input type="checkbox"/> その他 学校名記入下さい        |  |

\_\_\_\_\_

4. 卒業年 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年卒

在校生 \_\_\_\_\_ 年生

5. 住所 〒

\_\_\_\_\_

6. 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

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

**TEL (052) 763-2182**

申込みは 11月30日(金)までに

**FAX (052) 763-2355**