

歯科衛生士セミナー受講申込書

令和元年 11 月 17 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。

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"/> 名古屋大垣女子短期大学 (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 1 日 (金) までに

FAX 052-763-2355