

FAX (052) 951-5108



FAXでお申込みの方は、下記申込書をご記入いただきFAX送信して下さい。
E-mailでお申込みの方は、件名を「カムバック研修会受講申込」として、住所・電話番号・氏名・受講希望日・研修会コース名を明記の上、jigyo@aishi.or.jpまで送信して下さい。

カムバック研修会 受講申込書

- ※希望日に○をつけて下さい。(各Ⅰ～Ⅶのコースは、順番に関係なく、単独でも複数でも受講できます。ご自由にご選択ください)
- ※研修会を受講された方には、愛知県歯科医師会発行の修了証が出ます。
- ※歯科診療所の臨床見学のみ希望の方は、詳細を事務局より連絡させていただきます。

受講希望研修会	ベーシックコース1	Ⅰ	13:00～ 15:00	8/27 (日) 会場：豊橋歯科衛生士専門学校
			14:00～ 16:00	8/27 (日) 会場：名古屋ユマニテク歯科製菓専門学校
	ベーシックコース2 会場：愛知県歯科医師会館	Ⅱ	10:00～ 12:00	9/24 (日) ・ 12/3 (日)
		Ⅲ	13:00～ 15:00	9/24 (日) ・ 12/3 (日)
	スキルアップコース1 会場：愛知県歯科医師会館	Ⅳ	10:00～ 12:00	10/15 (日) ・ 1/14 (日)
		Ⅴ	13:00～ 15:00	10/15 (日) ・ 1/14 (日)
	スキルアップコース2 会場：愛知県歯科医師会館	Ⅵ	10:00～ 12:00	11/19 (日) ・ 2/4 (日)
Ⅶ		13:00～ 15:00	11/19 (日) ・ 2/4 (日)	

歯科診療所の臨床見学 (随時)	希望する ・ 希望しない
-----------------	--------------

フリガナ			
氏名		TEL	() -
住所	〒		