

歯科衛生士セミナー受講申込書

平成 28 年 11 月 20 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. 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)

- 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)
-

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

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

TEL (052) 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