

FAX 送付先：03-3252-8224

(東京都歯科医師会附属歯科衛生士専門学校 宛)

平成31年度「復職支援研修会・基礎コース」 参 加 申 込 書

受講希望日 (必須) (希望日をチェック□する)	<input type="checkbox"/> 第1期 (2019/7/20・21) <input type="checkbox"/> 第2期 (2019/9/28・29) <input type="checkbox"/> 第3期 (2020/3/7・8)
ふりがな (必須)	
氏 名 (必須)	
住 所 (必須)	〒
連絡先 (必須)	*緊急連絡をさせていただく場合がありますので携帯番号も記載ください
電話番号	
F A X	
緊急連絡先 (勤務先など日中連絡可能な番号)	
生年月日	年 月 日 (歳)
離職期間	約 年 月 ※おおよその年月で結構です。
歯科医院における臨床見学 (必須)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※後日、ご希望の方には協力歯科医院において見学実習を実施いたします。
託児希望 (必須)	<input type="checkbox"/> 希望する 託児希望人数 () 人 お子様年齢 () 歳 <input type="checkbox"/> 希望しない

※託児は0歳児から就学時前までのお子様が対象です。費用無料。予約が必要ですので、上記にご記入ください。

※託児業務は株式会社アルファ・コーポレーションに委託します。

※お申込みされた方には、申込期間終了後に受講票等をお送りいたしますのでお待ちください。