

# 高校生1日歯科衛生士体験 申込書

お申込み年月日 年 月 日

(ふりがな)

氏名

(ふりがな)

学校名

学年

生年月日

年

月

日

(

歳)

住所

電話

—

—

緊急連絡先

—

—

歯科医院でのアルバイト経験

有

/

無

<<参加の動機>>

☆聞いてみたいこと、ご質問などありましたらお書きください。

申し込み用紙の送付先 (FAXにてお申し込みください。)

①生活協同組合ヘルスコープおおさか 締め切り 7/21(木) FAX 06-6914-1109  
コープおおさか病院歯科 実施日 7/28(木)

②よどがわ保健生活協同組合 締め切り 7/30(土) FAX 06-6320-4138  
淡路歯科診療所 実施日 8/6(土)