（郵便･FAX による申込専用）

みえ8020運動推進員登録変更･解除申込書

記入年月日　令和　　年　　月　　日

氏　名		登録番号	
いずれかに☑を入れてください。	☐ 変更　☐ 解除		
（変更申込のみ）今回変更する項目に☑を入れてください。	☐ 登録種別　☐ 氏名　☐ 自宅住所 ☐ 電話番号　☐ E-mail アドレス　☐ 案内の受取方法		

今回変更する項目のみ、変更後の内容を下記にご記入ください。
解除の場合は記入しないでください。

登録種別（いずれかに☑をしてください。）	☐ **登録1** …研修会及び歯科公衆衛生活動の協力者募集についてご案内します。 ☐ **登録2** …研修会をご案内します。
氏　名	（ふりがな）
自宅住所	〒　　－
電話番号（日中連絡の取りやすい番号）	－　　－
E-mail アドレス	@
案内の受取方法 原則、E-mail 配信とします。 （いずれかに☑をしてください。）	☐ 郵送から E-mail に変更 ☐ E-mail から郵送に変更

※上記の個人情報は、みえ8020運動推進員の運営に係る目的以外に使用しません。

【お問合せ･提出先】
みえ8020運動推進員事務局
公益社団法人 三重県歯科医師会（担当 中村･辻）
〒514-0003 津市桜橋 2 丁目 120-2
TEL059-227-6488/FAX059-227-0510