

(郵便・FAXによる申込専用)

登録 番号	
----------	--

みえ8020運動推進員登録申込書

記入年月日 令和 年 月 日

登録種別(いずれかに☑をしてください。)	
<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 登録2 …研修会をご案内します。

(登録1・登録2共通)

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にて配信しますが、 郵送を希望の方のみ☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 郵送

(登録1のみ)

生年月日	昭和・平成 年 月 日
歯科衛生士養成学校等 卒業年月	昭和・平成 年 月

※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