

《 2019年度歯科衛生活動協力希望届 》

公益社団法人 東京都歯科衛生士会

FAX 03-5689-4312

ふりがな 氏名、生年月日				(西暦	年)
				昭和 平成	年 月 日生
会員番号(所属ブロック)	13 (ブロック)				
住 所	〒				
電話番号	携帯				
	自宅				
	FAX				
メールアドレス(よく使うもの)					
会費納入方法(該当を○で囲む)	自動引き落とし (はい ・ いいえ)				
活動可能日 可能な曜日・時間帯に○印		午前	午後	現在の勤務状況	
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
	土				
	日				
活動内容 参加希望の内容に○を付け過去の経験等に必ずお答え下さい ※介護予防関係の事業につきましては、別紙に記載下さい。	希望事業	実施内容		過去の参加の有無	歯科衛生士会での事業も含め今までの経験
	<input type="checkbox"/>	集団歯科保健指導(園児)		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	" (小・中学生)		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	" (成人)		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	ライフステージに沿ったさまざまな歯科健診補助		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	台東区立保育園歯科健診補助		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	調査研究・モデル事業等歯科健診保健指導		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	障害者施設等の歯科健診・歯みがき指導		有・無	経験(有・無)
	<input type="checkbox"/>	江戸川区障害者施設歯みがき指導(10・11月)		有・無	経験(有・無)
<input type="checkbox"/>	世田谷区障害者施設歯みがき指導(5~2月)		有・無	経験(有・無)	
その他 (具体的なご経験等をご記入下さい)					