

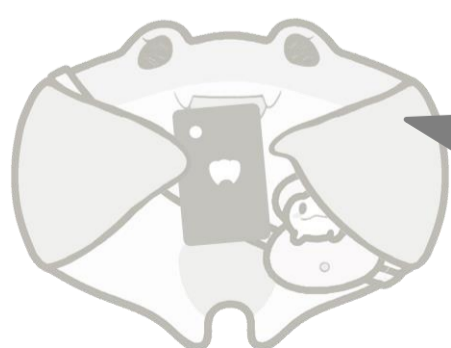
《 2022年度歯科衛生活動協力希望届 》

公益社団法人 東京都歯科衛生士会

FAX 03-5689-4312

メールアドレス(よく使うもの)					
ふりがな 氏名・生年月日			(西暦 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				
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。	希望 事業	実施内容		過去の参 加の有無	衛生士会での事業も 含め今までの経験
	【 】	歯科健診補助		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)
	【 】	集団歯科保健指導		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)
	【 】	障害者施設等の歯科健診・歯磨き指導		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)
	【 】	介護予防事業		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)
	【 】	休日歯科診療所における受付業務・診療補助		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)
【 】	調査研究事業		有 ・ 無	経験(有 ・ 無)	
その他 (ご経験等をご記入下さい)					
会費納入方法(該当を○で囲む)	自動引き落とし (はい ・ いいえ)				

2021.12月



オンライン登録の方は、
こちらのQRコードから
お入りください

