

《 平成30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 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						
希望活動内容 【 】に○を記入し、経験有無に○	【 】 集団歯科保健指導(園児)			経験(有 ・ 無)			
	【 】 " (小・中学生)			経験(有 ・ 無)			
	【 】 " (成人)			経験(有 ・ 無)			
	【 】 歯科健診			経験(有 ・ 無)			
	【 】 障害者施設等の歯科健診・歯みがき指導			経験(有 ・ 無)			
	【 】 江戸川区障害者施設歯みがき指導(10・11月)			経験(有 ・ 無)			
	【 】 世田谷区障害者施設歯みがき指導(5~2月)			経験(有 ・ 無)			
【 】 介護予防			経験(有 ・ 無)				
その他 (具体的なご経験等をご記入下さい)							