

## 歯科衛生士派遣について

名称 保育園(所)・幼稚園・小学校・中学校

住所 〒

TEL FAX

担当教諭名(養護教諭)

対象学年

対象人数 名

派遣希望日時 【必ず第3希望まで明記して下さい】

① 月 日 曜日 午前・午後 : ~ :

② 月 日 曜日 午前・午後 : ~ :

③ 月 日 曜日 午前・午後 : ~ :

派遣歯科衛生士人数 : 名希望

予算 円

その他ご質問等があればお書きください。

\* 上記の項目をご記入の上、下記まで FAX またはメールしてください。  
担当よりご連絡させていただきます。

(公社) 茨城県歯科衛生士会

〒310-0911 水戸市見和2丁目292-1

TEL・FAX 029-253-5807

Eメール jimmu@ibaraki-dh.net