

歯科衛生士派遣について

名称

住所 〒

TEL

FAX

メールアドレス

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

TEL・FAX 029-253-5807

Eメール jimmu@ibaraki-dh.net