

歯科衛生士派遣について

名称 (事業所・市町村・保健所・老健施設・その他)

住所 〒

TEL・FAX

担当者名

対象者 成人 ・ 子供 (才) ・ 幼児 (歳児) ・ 高齢者

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 : ~ :

時間 : ~ :

派遣衛生士人数 : 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2-292

TEL・FAX 029-253-5807

E-mail jimmu@ibaraki-dh.net