

高校生1日歯科体験 申込書

お申込み年月日 年 月 日

(ふりがな)

氏名

(ふりがな)

学校名

学年

生年月日

年

月

日

(

歳)

住所

電話

—

—

緊急連絡先

—

—

歯科医院でのアルバイト経験

有

/

無

《参加の動機》

☆聞いてみたいこと、ご質問などありましてらお書きください。

申し込み用紙の送付先(FAXにてお申し込みください。)

①生活協同組合ヘルスコープおおさか
コープおおさか病院歯科

締め切り 7/21(木)
実施日 7/28(木)

FAX 06-6914-1109

②よどがわ保健生活協同組合
淡路歯科診療所

締め切り 7/30(土)
実施日 8/6(土)

FAX 06-6320-4138