

茨歯発第 636 号  
平成30年 3月26日

歯科医療従事者 様

茨城県歯科医師会  
会長 森 永 和 男

### 平成30年度日歯認定歯科助手講習会開催について

平素より会務運営には格別なるご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成30年度医療管理部事業の一環として、標記講習会を下記により開催いたします。

本講習会は、日本歯科医師会歯科助手資格認定規則に基づき実施し、全課程を終了しますと、乙種第一歯科助手として登録されます。(認定証交付)

受講をご希望される場合は、5月10日(木)までに、受講料を申込書に添えて、現金書留にて本会事務局あてお申込み下さい。(一度ご納入頂いた受講料は返還いたしません。)

#### 記

1. 日時及び内容 別紙のとおり
2. 場 所 茨城県歯科医師会館  
水戸市見和2-292-1  
☎029-252-2561
3. 受 講 料 1人 8,000円
4. 教 材 費 無 料 (※22,000円/人は本会より補助をします)
5. 定 員 60名 (先着順)
6. 締 切 5月10日(木) (但し、定員になり次第締め切らせて頂きます。)

※駐車場が少なく、台数が限られておりますので、恐れ入りますが、公共の交通機関をご利用いただきますようお願い申し上げます。やむを得ず、お車をご利用の場合は、乗り合わせでお越しいただくなど、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

## 平成30年度 日歯認定歯科助手講習会受講申込書

診療所郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

診療所所在地 \_\_\_\_\_

診療所名 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

( ) 名分の受講料 (¥ ) を添えて、申し込みます。

ふりがな 受講者氏名	生年月日	採用年月日	受講者住所 (電話番号)
	昭 平 年 月 日	平 年 月 日	( - - )
	昭 平 年 月 日	平 年 月 日	( - - )
	昭 平 年 月 日	平 年 月 日	( - - )
	昭 平 年 月 日	平 年 月 日	( - - )
	昭 平 年 月 日	平 年 月 日	( - - )

※採用年月日は、必ず記入して下さい。

・ **駐車場についての確認事項** (該当する番号に○をつけ、1.の場合は台数もご記入ください。)

1. 駐車場が必要 \_\_\_\_\_ 台

2. 駐車場は必要ない

なるべく公共の交通機関をご利用いただきますよう、お願い申し上げます。