

平成 年 月 日

三重県歯科医師会長 殿

高等学校長

三重県歯科医師会による高校生歯科衛生士インターンシップ希望票

このことについては、下記のとおりです。

記

1 インターンシップ希望者

ふりがな 名 前			
学科・コース			
学 年			
性 別			
体験希望地域 又は希望医院			
第1希望 (実施期間)	月 日 ～ 月 日	月 日 ～ 月 日	月 日 ～ 月 日
第2希望 (実施期間)	月 日 ～ 月 日	月 日 ～ 月 日	月 日 ～ 月 日

2 担当教職員

職・名前	
TEL	FAX

※ 平成24年6月30日（土）までに、三重県歯科医師会までご提出願います。

提出先：三重県歯科医師会  
〒514-0003津市桜橋2丁目120番地の2  
TEL 059-227-6488  
FAX 059-227-0510