

愛媛県歯科医師会 宛 メール：eda-3@aurora.ocn.ne.jp
F A X：089-927-5048（複本・名本 宛）

災害派遣チーム応募申込書

愛媛県歯科医師会の災害派遣チームの参加募集に下記のとおり応募いたします。

申 込 日	年 月 日
所 属 郡市歯科医師会名／ 勤務先歯科医院等	
職 種	
お 名 前	
ご 住 所	
連絡先	携帯電話番号
	メールアドレス
※研修会の案内等、災害発生時の出動連絡に利用いたします。	

(注) 歯科衛生士・歯科技工士など勤務されている複数の方が申込される場合は、
本用紙を人数分コピーしてお申込みください。