

西暦 2025年 月 日

公立学校法人九州歯科大学

理事長 栗野 秀慈 様

(申込者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

令和7年度 九州歯科大学附属病院
歯科衛生士リカレント教育のための復職支援事業 受講申込書

私は、標記事業の研修受講を希望しますので、下記の書類を添えて申し込みます。

なお、研修受講にあたっては、募集要項、九州歯科大学及び九州歯科大学附属病院並びにその他研修場所となる施設等が定める規則等を遵守することを誓約します。

記

1. 履歴書
2. 歯科衛生士免許証 (コピー)