

デンタル・アテンダント 学科 受験願書

※試験申込手順は公式 HP でご確認ください。

希望試験日 (奇数月)	月の第4の木曜日	申込日	年 月 日
学科希望受験方法	<input type="checkbox"/> ① FAX <input type="checkbox"/> ② メール ※ご希望に添えない場合がございます。		
フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -)		
	都道府県		市区町村

ビル名等			
電話番号	- -	FAX 番号	- -
携帯番号	- -		
E-Mail	PC用	@	
	携帯用	@	
受験単位	<input type="checkbox"/> ① 個人 <input type="checkbox"/> ② 学校単位 <input type="checkbox"/> ③ 法人単位 (クリニック)		
歯科経験年数 (衛生士/助手)	<input type="checkbox"/> ① なし <input type="checkbox"/> ② あり (年間勤続)		
所属学校・企業・クリニック名 ※無職の方は、最終学歴を記入			
所属学校・企業・ クリニック情報	(〒 -)		
	都道府県		市区町村

	ビル名等		
担当者名 (講師・院長名)	電話番号	- -	
	FAX 番号	- -	
個人情報提供に関する同意書 1. 本個人情報は、講習会・試験・就職支援、またはそれに関わる事項に関してのみ使用されます。 2. 本個人情報は、講習会・試験・就職支援、またはそれに関わる事項に関して、運営を委託する場合、委託企業に対し、提供される場合があります。 3. 本個人情報は、上記2を除き、講習回・試験・就職支援、またそれに関わる事項や、それ以外の事項に関して、第3者期間より当協会名を使用して連絡がある事はありません。 上記に同意して、個人情報を提供する事に同意致します。 ※18歳以下の場合、保護者氏名、捺印をお願いします。			
氏名	印	保護者氏名	印