

2024年 月 日

愛知学院大学短期大学部

歯科衛生士リカレント研修センター

所長 稲垣 幸司 殿

※「予約受付完了メール」をご確認ください

予約受付番号 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

愛知学院大学短期大学部 歯科衛生士リカレント研修センター

 2024年度第1期 復職支援・現役研修プログラム 受講申請書 2024年度 卒後フォローアップ研修プログラム 受講申請書

※該当プログラムの□にレ点をご記入願います

私は、上記の研修プログラム受講を希望しますので、下記の必要書類を添えて申請します。

なお、研修プログラムを受講するにあたっては愛知学院大学短期大学部、愛知学院大学歯学部附属病院ならびにその他の研修場所となる施設がそれぞれ定める規則等を遵守することを誓約します。

## 記

1. 履歴書（様式2）
2. 歯科衛生士免許証の写し