

地域歯科保健活動者名簿登録票

下記項目について記載いただき、県健康課まで郵送してください。

送付先：〒930-8501 富山市新総曲輪 1-7 富山県庁 健康課 母子・歯科保健係

なお、基本的に県や市町村からの依頼は、必要時に電話等で直接連絡するため、名簿に登録しても常に依頼があるとは限りません。また、連絡先の全ての項目に同意がない場合は、名簿に登録しても、市町村は活動依頼を行えませんので、ご了承ください。

今回いただきました個人情報については、県では各種関係法に基づき、適切に管理し、市町村に提供する際にも同様の取扱いを依頼します。

年 月現在

項目	記載欄	市町村歯科保健担当課への 情報提供に関する同意欄
① 氏名		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
② 居住市町村		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
③ 住所		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
④ 連絡先		
電話番号 (自宅)		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
電話番号 (携帯)		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
FAX 番号		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
E-mail		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
※県等が開催する研修会等の案内の E-mail への送信の希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

<記載上の注意点>

- ・地域歯科保健活動者名簿には同意いただいた項目のみを掲載します。
- ・県等が開催する研修会等の案内を E-mail への送信を希望される方は、「※県等が開催する研修会等の案内の送信の希望」の「希望する」にチェックしてください。