

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 健康増進・歯科保健担当

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。

令和 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		☐ 同意する ☐ 同意しない
② 居住市町村名		☐ 同意する ☐ 同意しない
③ 住所	〒	☐ 同意する ☐ 同意しない
④ 連絡先		
	電話番号 (自宅)	☐ 同意する ☐ 同意しない
	電話番号 (携帯)	☐ 同意する ☐ 同意しない
	FAX 番号	☐ 同意する ☐ 同意しない
	E-mail	☐ 同意する ☐ 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 ☐ 希望する ☐ 希望しない		
次年度の確認依頼を文書送付ではなく、メール送信で依頼可能かどうか ☐ 可能 ☐ 不可能		

＜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名簿に掲載します。
- ・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。