

# 2024학년도 1학기 구강보건서비스 신청서

신청자 인적사항

학과(부)		학년	
학번		성명	
연락처			

\*초당대학교 재학생이 아닌 경우 성명과 연락처만 기재해 주시기 바랍니다.

구강보건 서비스 일정

회차	일시	시간	장소	비고	희망일시*	
1	2024.05.14	11:00~12:50	창의관 108호	선착순 마감	1순위	
2	2024.05.28					
3	2024.06.04				2순위	

\*1순위, 2순위를 표기하여 제출해주시기 바랍니다.

\*담당자: 연락처(☎ 061-450-1428), 이메일(✉ aaa9275@cdu.ac.kr)

위와 같이 구강보건 서비스를 신청합니다.

2024 년    월    일

성 명:

(서명 또는 인)

**초당대학교 건강증진센터**