

(様式：会員・日歯準会員・未入会者用)

日本歯科医師会産業医学講習会受講申込書

申込日：平成 年 月 日

日本歯科医師会長 様

| | |
|-------------------------------|-----------|
| 参加者氏名： <small>フリガナ</small> | 会員コード () |
| 診療所または勤務先： | 電話番号： |
| (〒) 住所： | |

日本歯科医師会の産業医学講習会の受講を申し込みます。

| | | |
|------|--|--|
| 講習会 | <input type="checkbox"/> 初受講 <input type="checkbox"/> 再受講 ※未入会者は歯科医師免許証の写しを添付してください。 | 日程：平成23年9月29日(木)から10月1日(土) 会場：歯科医師会館(千代田区九段北4-1-20) |
| 参加費等 | <input type="checkbox"/> 銀行振込(受講料：未入会者：5,000円) ※振込手数料は申込者負担 金額 _____ 円 送金日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 領収証の発行： <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | 振込先銀行口座 三菱東京UFJ銀行 市ヶ谷支店 普通預金 0050119 (社)日本歯科医師会 |

なお、個人情報保護法に基づき、本講習会において得た個人情報につきましては、本講習会及び本事業のためのデータベース化資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。