

日本歯科医師会「産業歯科医研修会アドバンストコース」受講申込書

申込日：平成 年 月 日

日本歯科医師会長 様

日本歯科医師会平成19年度第35回産業歯科医研修会アドバンストコースの受講を申し込みます。

参加者氏名 <small>フリガナ</small>	会員コード ()
未入会者の場合：今後の日本歯科医師会への入会の意思 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
診療所 勤務先：	
住所：(〒)	
電話番号：	

<input type="checkbox"/> 初受講 <input type="checkbox"/> 再受講 会場：10月26日(金)：事業場見学 10月27日(土)：新歯科医師会館 10月28日(日)：新歯科医師会館	産業歯科医認定証番号 () _____ (基礎コース受講当時に未入会であった場合は受講証明書交付年月日を記入)		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;"> 受講料 会 員：無料 未入会者：5,000円 </td> <td style="width: 50%;"> 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 </td> </tr> </table>	受講料 会 員：無料 未入会者：5,000円	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
受講料 会 員：無料 未入会者：5,000円	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		
受講料の振込み：未入会者用(会員は無料につき記入不要) 銀行振込(振り込み手数料は申込者負担) 金額 <u>5,000円</u> 送金日 <u> 年 月 日</u> 領収証の発行： <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

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。