

(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 ^{フリガナ} 氏名：	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 □ あり □ なし	
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19年9月27日(木)から9月29日(土) 会場：新歯科医師会館(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付きましては、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。