第４７回産業医学講習会受講申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　月　　日

|  |
| --- |
| ①　申込者：　　　　　　　　　□ 日本歯科医師会会員：９ケタの会員コード(　　　　－　　　　－　　　　)□ 日本歯科医師会未入会：歯科医師免許証の写しを添付してください。②　診療所または勤務先名：③　②の住所：（〒　　-　　　　）④　②の電話番号：※上記に受講票を送付します。受講票送付先を変更したい場合は以下のスペースに送付先をご記載下さい（〒　　-　　　　） |

日本歯科医師会地域保健課　行

ＦＡＸ：０３-３２６２-９８８５

Ｅメール：chiiki-info@jda.or.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講歴 | 🞎 初受講🞎 再受講 | 日程：令和元年９月６日(金)～９月８日(日)会場：歯科医師会館（東京都千代田区九段北４－１－２０） |
| 参加費等 | ※受講料の振込み：第６種会員及び未入会者のみ記入銀行振込（振り込み手数料は申込者負担）金額　　５，０００円　　　送金日　　　　月　　　日※領収証は受講票送付時に一緒にお送りします | 振込先銀行口座三菱ＵＦＪ銀行　市ヶ谷支店　普通預金　００５０１１９コウエキシヤダンホウジン　ニホンシカイシカイ※依頼人名の後ろに「４７イ」と入れてください。　 例：「ニツシタロウ４７イ」 |

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。