

(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： フリガナ	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	☐ 初受講 ☐ 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24年8月30日(木)から9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	☐ 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： ☐ 希望する ☐ 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。