

(都道府県歯科医師会用)

平成 年 月 日

第40回産業歯科医研修会受講申込名簿 (□初回・□2回目)

_____ 歯科医師会 印

フリガナ 氏名 会員コード	年齢	(〒) 住 所	電話番号	再
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

(注) 1. 氏名には必ずフリガナを振ってください。

2. 再受講者は「再」欄に“再”を記入して下さい。

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。

日本歯科医師会「産業歯科医研修会」受講申込書（準会員・未入会者用）

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24年度第40回産業歯科医研修会の受講を申し込みます。

参加者氏名：^{フリガナ} 準会員会員コード ()

①診療所 ②勤務先：

住所：(〒)

電話番号：

産業歯科医研修会 (受講料：準会員は無料、 未入会者は5,000円)	<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。	<input type="checkbox"/> 初 回：6月30日(土) 7月1日(日)	<input type="checkbox"/> 2回目：7月28日(土) 29日(日)
※受講料の振込み：未入会者用（準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</u> 円 送金日 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 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 社団法人 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。