

(様式：会員・日歯準会員・未入会者用)

### 第43回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： <small>フリガナ</small>	日歯会員コード ( )
診療所または勤務先：	電話番号：
(〒) 住所：	

標記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27年9月4日(金)～9月6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 年 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 三菱東京UFJ銀行 市ヶ谷支店 普通預金 0050119 コウエキシヤダンハウジン ニホンシカイシカイ

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。