日本歯科医師会「第４７回産業歯科医研修会」受講申込書**（準会員・未入会者用）**

申込日：　　月　　日

|  |
| --- |
| ①　申込者：  □ 日本歯科医師会準会員：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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 産業歯科医研修会  受講料：準会員（第6種会員を除く）は無料、第6種会員及び未入会者は5,000円 | 🞎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。 | □初　　回：７月 １３日（土）  １４日（日） | □２ 回 目：７月２７日（土）  　　　　　　　　２８日（日） |
| ※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 | |

なお、個人情報保護法に基づき、本研修会において得た個人情報につきましては、本研修会に関すること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。