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。