

## インターネットでのお申込み方法

「イベントン」(<https://eventon.jp/13612>)よりお申込みください。

お申込から7日以内に下記口座に参加費をお振込み願います。

振込人名は、個人名または医院名(法人名)がわかるようにお願いいたします。お振込をもって正式なお申込といたします。

(※お振込後のキャンセルにつきましては、返金致しておりません。あらかじめご了承くださいませよう、お願いいたします)

ご登録はこちらから  
<https://eventon.jp/13612>



## FAXでのお申込み方法

①以下のフォームにご記入の上、FAX(送信先FAX番号:050-3730-4596)にてお申込みください。

②お申込から7日以内に下記口座に参加費をお振込願います。振込人名は、個人名または医院名(法人名)がわかるようにお願いいたします。お振込をもって正式なお申込といたします。

(※お振込後のキャンセルにつきましては、返金致しておりません。あらかじめご了承くださいませよう、お願いいたします。)

## 振込先口座

近畿大阪銀行 掘江支店 普通 0046003

一般社団法人日本歯科厚生協会

※お振込手数料はご本人様負担にてお願いいたします。

## 第3回TC総会 参加申込書

◆日時: 2019年3月3日 9:30~17:00

◆会場: 新大阪丸ビル別館(新大阪駅東口よりすぐ)

大阪市東淀川区東中島1-18-22 丸ビル別館

◆医院(または代表者ご住所)

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| ふりがな  |                             |  |  |
| 歯科医院名 | ※法人の場合は、法人名・医院名の両方をご記入ください。 |  |  |
| 住所    |                             |  |  |
| 電話    | FAX                         |  |  |
| Eメール  |                             |  |  |

◆参加者氏名

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ふりがな  |  | ふりがな  |  |
| 1.氏名  |  | 4.氏名  |  |
| 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  | 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  |
| ふりがな  |  | ふりがな  |  |
| 2.氏名  |  | 5.氏名  |  |
| 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  | 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  |
| ふりがな  |  | ふりがな  |  |
| 3.氏名  |  | 6.氏名  |  |
| 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  | 職種: <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 |  |

◆参加費 (下記の  欄をご記入ください)

| 職種   | 人数 | 参加費      | 小計 |
|------|----|----------|----|
| 歯科医師 | 名  | ×10,000円 | 円  |
| スタッフ | 名  | ×6,000円  | 円  |
| 合計   | 名  |          | 円  |

◆送信先FAX番号:

**050-3730-4596**

※おかけ間違いのないようお願い致します。

◆申込期限:2019年2月25日(月)

◆定員:100名(先着申込順)

お問合せ:一般社団法人日本歯科厚生協会内 TC総会事務局:担当 田村、城戸 E-mail. [mail@jdwo.net](mailto:mail@jdwo.net) TEL. 06-6711-0087