

インターネットでのお申し込み方法

「Peatix」(<https://tcmastercollege210926.peatix.com>)よりお申しください。
支払方法は、クレジットカード・コンビニ/ATM・Paypalよりお選びいただけます。
※コンビニ/ATM決済のお申し込みは1件あたり220円の手数料がかかります。

WEBからのお申し込みは
こちらからアクセス!



FAXでのお申し込み方法

- ①以下のフォームにご記入の上、FAX(送信先FAX番号:06-6734-6746)にてお申しください。
- 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

関西みらい銀行 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4回症例検討会(スクール生限定) 参加申込書

◆日時: 2021年9月26日(日) 13:00~17:00

録画配信 2021年10月10日(日) 9:00~13:00

◆会場: 両日程とも オンライン(ZOOM)

◆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			

※ZOOM URLの送付等で使用いたします。Eメールアドレスは必ずご記入ください。

◆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"/> TC <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"/> TC <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"/> TC <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"/> TC <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"/> TC <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"/> TC <input type="checkbox"/> その他	

◆参加費(下記の 欄をご記入ください)

日程	人数	参加費	小計
9/26の回	名	×5,000円	円
10/10の回	名	×3,000円	円
合計	名		円

◆送信先FAX番号:

06-6734-6746

※おかけ間違いのないようお願い致します。

◆申込期限

・9/26の回……2021年9月19日(日)まで

・10/10の回…2021年10月3日(日)まで

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 城戸 E-mail. jodo@jdwo.net TEL. 06-6711-0087