

インターネットでのお申し込み方法

「Peatix」(<https://tcmastercollege220306.peatix.com>)よりお申し込みください。
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

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5回TC総会 参加申込書

◆日時: 2022年3月6日(日) 9:30~17:00 ※新型コロナウイルス感染症の影響により中止・延期・変更になる場合がございます。

◆場所: CIVI研修センター新大阪東(新大阪駅東口よりすぐ)またはオンライン(ZOOM)
大阪市東淀川区東中島1-19-4

◆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

◆参加方法 会場参加(CIVI研修センター新大阪東) オンライン参加(ZOOM)

◆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)

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:

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:2022年2月28日(月)

◆会場定員:80名(先着申込順)

※満席になり次第お申込みを締め切らせていただきます。

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