

< 研修申込書 > F A X 03-5275-6991

「歯科経営専修講座」参加申込書

10月開催分：10/2(火)

氏名	会員番号
連絡先（住所・所属等） 〒 _____	※当協会の登録通信先と異なる場合のみお書きください。 _____
※個人正会員より紹介を受けてお申込みされた方は、お手数ですが下記の項目をご記入ください。 紹介会員名： _____	

●受講を希望する時間の□欄を選択してください。

会場：ホスピタルプラザビル5階	
歯科経営専修講座（10月開催分）	
<input type="checkbox"/> 【10月12日（金）】 受講料：12,000円 <input type="checkbox"/> 13:00～17:00 「開業支援」	
<input type="checkbox"/> 【10月13日（土）】 受講料：各講義 9,000円 <input type="checkbox"/> 9:00～12:00 「歯科経営に関する生産性向上の戦略」 <input type="checkbox"/> 13:00～16:00 「リスクマネジメント、事業承継」	

合計受講料： _____ 円

【受講料のお振込みについて】 ・原則として、下記のいずれかの口座にお振込みのうえ、下記情報と共にお申込ください。 ・振込済み受講料は、事前に受講キャンセルの連絡がある場合に限り、返金いたします。 ・請求書や領収書をご希望の場合は、お手数ですが、当協会事務局担当部署までお知らせください。		
振込予定のいずれかの口座を○で選んでください。【必須】 お振込みの際は、通信欄で受講者の会員番号・お名前・研修月日をお知らせください。		
A 郵便振替口座 00140-8-549669	B ゆうちょ銀行 0一九(ゼロイチキュウ)店 当座預金口座 0549669	C 三菱東京UFJ銀行 市ヶ谷(イチガヤ)支店 普通預金口座 0524761
【口座名】公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会		
振込日(予定)【必須】	平成 年 月 日	
振込人名義【必須】		
その他ご連絡事項		

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は、当協会個人情報保護方針に基づき、安全かつ厳密に管理します。詳細は当協会ホームページのプライバシーポリシー（<http://www.jahmc.or.jp/cgi-bin/privacy/>）をご確認ください。