

# 平成30年度 卒後研修会申込書

平成30年度 卒後研修会に参加いたします。

平成 30 年 月 日送信

ご希望の回に○をつけてください。

	回	開催日	受講料 会員	受講料 会員外
☆ベーシックコース				
( )	第1回	4月22日(日)	1,000円	5,000円
( )	第2回	6月24日(日)	1,500円	5,500円
( )	第3回	7月29日(日)	1,500円	5,500円
( )	第4回	9月30日(日)	1,500円	5,500円
☆アドバンスコース				
( )	第5回	12月2日(日)	1,000円	5,000円
( )	第6回	2月3日(日)	1,500円	5,500円

\* 歯科衛生士会新入会された方は受講料に優待券をお使いいただけます

## 注意事項

- 受講料は各回毎、当日受付にてお支払いください。
- 連絡なしのキャンセルは受講料をいただく場合があります。申込後、ご都合が悪くなった方は **研修会5日前まで**に FAX ; 099-222-4030 または e-mail ; kdh@po4.synapse.ne.jp までご連絡ください。

お名前 :	
歯科衛生士会員の有無( 会員 ・ 会員外 )	
歯科衛生士会員の方 会員番号( )	
* 当日は日本歯科衛生士会正会員証をご持参ください。	
ご住所:〒	
勤務歯科医院名 :	
勤務先TEL :	勤務先FAX :
ご自宅TEL :	ご自宅FAX :
* 緊急等の連絡のために、必ず連絡がとれるところをご記入ください。	
領収書の有無( 必要 ・ 不要 )	領収書宛名 :
問い合わせ事項	

申込先:鹿児島県歯科衛生士会 こちらの申込用紙を下記へFAXしてください。

FAX番号:099-222-4030 (受信のみ)

申込締切日:平成30年4月12日(木)