

臨床歯科麻酔管理指導医

臨床歯科麻酔認定歯科衛生士

認定講習・認定試験

■申込書

(FAXにて申し込み下さい 0120-418-413)

臨床歯科麻酔認定歯科衛生士の麻醉行為は臨床歯科麻酔管理指導医の直接の指示を要します。
歯科医師、歯科衛生士併せての申し込みを推奨します。

開催日時：2022年3月27日(日)	会場名：梅田スカイビル	申し込み人数：	名
--------------------	-------------	---------	---

フリガナ

歯科医院名：

住所：〒

TEL： ()

※FAX： ()

※申込後にFAXにて受領のご案内をお送りします。

フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士	フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士
フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士	フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士
フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士	フリガナ 氏名： （S / H / R 年 月 日 免許登録）	歯科医師 歯科衛生士
振り込み口座名義：		振り込み金額：	円

講習会の約1ヶ月前に願書、テキスト等を郵送致します。

(願書には歯科医師免許証または歯科衛生士免許証のコピーの添付が必要です。
ご準備のほどよろしくお願ひ致します。)

■振り込み先

三井住友銀行 熊本支店

普通 1122087

一般社団法人日本歯科医学振興機構

(イッパンシャダンホウジンニホンシカイガクシンコウキコウ)

※申し込みより1週間以内に受講料の振り込みをお願いします。

※振り込み手数料は各自ご負担下さい。

※振り込み控えをもって領収書に代えさせていただきます。

※入金後のキャンセルは返金致しかねますのでご注意下さい。

※申し込み後の会場の変更はできませんのでご注意下さい。