

令和元年10月6日(日)

NPO法人お口の健康ネットワーク講演会・研修会 参加申込書

参加費
3,000円 (お弁当付・税込)

※認定医療機関試験受験の場合は別途受験料17,000円が必要になります。

定員
100名

 定員になり次第
締め切らせてい
たきます

●教育講演について

教育講演は認定医療機関教育講演として開催いたします。教育講演受講後認定試験に合格されることが認定要件の一つであり、これは5年間有効です。よって、教育講演受講時点でその他の要件を満たしていない場合でも、5年以内に要件を満たせばよいことになっています。教育講演は認定ご希望でない方もご参加できますので、歯科衛生士の会員の方や会員以外の方もご参加いただければ幸いです。教育講演は原則年1回、総会開催時に行います。

●認定医療機関試験の受験について

受験される方には受講後に認定試験問題を配布いたします。尚、別途認定試験料17,000円が必要となります。

●認定歯科衛生士取得希望の方へ

認定歯科衛生士取得希望の方は、下記申込書に☑を入れてください。定員は先着15名様とさせていただきます。

※認定実習を受講した人の可否については、当日担当の理事が判定されます。

参加申込書

▼チェックしてください

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |
| フリガナ ----- お名前 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 認定試験受験希望 <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 取得希望 |

医院名

住所 〒 —

TEL — FAX —

受講料支払方法

(右のいずれかに○をお付けください)

1. 銀行振込 振込先：中国銀行岡山西支店 普通 1751202 NPO法人お口の健康ネットワーク
2. 当日支払 当日、会場受付にてお支払いください

通信欄