

# 『院内クレンリネス講座』お申込書

## 『院内クレンリネス講座』とは？

過去の汚れを無くすノウハウと、クレンリネスを院内に標準化する入り口講座です。

- ・スライド講習(2h)・・・クレンリネスとは/カンタンな構築方法/医院実例から学ぶ
- ・実習(2h)・・・セルフチェック/要所ごとの清掃/スケジュール化の要点



### 【講座料金】

①

ご開業から1年以上	A.受講者数1～9名	110,000円(税込み)	
	B.受講者数10～20名	132,000円(税込み)	
ご開業前、ご開業から1年以内	C.受講者数1～9名	88,000円(税込み)	

※いずれも受講者数20名以上の場合、人数によってご相談致します。

○を付けて下さい

※法人内医院合同の場合、1医院様につき20,000円を加算させて頂きます。

※他院様同時ご参加の場合、医院数×通常講座費用とさせて頂きます。

### 【諸経費】

医院様所在地エリアスケジュール内での実施は、一律料金(15,000円)となります。

スケジュール外での単独出張の場合、姫路市からの諸経費となりますのでお見積書を作成します。

エリア別スケジュール	3.6.9.12	東北・関東・北陸・東海・近畿・四国
	2.5.8.11	九州(大分・福岡)・中国・近畿
	1.4.7.10	九州(長崎・佐賀・熊本・鹿児島・宮崎)・山口・近畿

### 【お支払い金額】

諸経費	②	円(税込み)
講座費用・諸経費合計	③	円(税込み)

合計金額をご記入下さい。

### 【お支払方法】当日お支払い下さい(領収書をご用意致します)

#### ④ スライド講習でご用意頂ける物(A、B、C、Dいずれかに○を付けて下さい)

プロジェクター、スクリーン	( )
プロジェクターのみ(スクリーンのみ持参)	( )
モニター(HDMI接続可能、皆さんで見頂ける大きさ)	( )
なし(プロジェクター、スクリーン持参)	( )

#### ⑤ お申込み：お手数ですが以下のフォームに必要事項をご記入の上この用紙をFAXして下さい。

医院名			
ご住所	〒	F A X	
ご希望日時	令和 年 月 日	A 9:00～13:00 B 13:00～17:00	その他
お電話番号	医院様	院長先生携帯	当日の方がーの時のご連絡に必要です。
メールアドレス	ご担当社様署名		

ご不明な点、ご相談がありましたら以下にご記入下さい。メール等でご連絡致します。

--

**FAX 079-295-9062**

〒670-09476兵庫県姫路市中地468-3 株式会社 デンタルクレンリネス研究所 TEL079-295-0161