

『クレンリネスプロジェクト』お申込書

クレンリネスプロジェクトとは?

『院内クレンリネス講座』後、クレンリネスを確立する為の取り組みです。
毎回の課題をクリアし、設定した期間内にクレンリネスを構築します。
医院状況にマッチした理想のクレンリネスを一緒に作り上げましょう。



基本スケジュール・・・状況に合わせて内容を変更しながら進めていきます。

	内容	所要時間
第1回ミーティング	「清掃」期間のサポート/院内資料作成	2時間
第2回ミーティング	「クレンリネス移行」期間のサポート/院内資料作成	2時間
第3回ミーティング	「効率化」「時短」サポート/院内資料作成	2時間
第4回ミーティング	クレンリネスシステム完成	2時間

※回数と内容は、進捗状況などを考慮してご相談し、最適な形に変更する事も可能です。

※単発の場合、状況を踏まえ、それに合った内容を作り実行します。

※全体ミーティング、リーダーのみ、ご都合とご希望でいずれでも結構です。

料金/1回

ミーティング2時間 (A)	33,000円 (税込み)
諸経費 (B)	兵庫県内播州地域無料、兵庫県内5,000円、近畿100km以内10,000円、近畿100km以上15,000円 近畿以外 周期内15,000円 周期外 姫路市からの交通費 (朝からの場合宿泊費加算)

エリア別周期

東北・関東・北陸・東海・中国・四国	3.6.9.12月
九州 (大分・福岡) ・中国・近畿	2.5.8.11月
九州 (長崎・佐賀・熊本・鹿児島・宮崎) ・近畿・近畿	1.4.7.10月

お支払い金額(A+B)	円(税込み)	合計金額をご記入下さい。
-------------	--------	--------------

お支払方法

①各回の終了後に請求書をお送りし、お振り込み。	<input type="checkbox"/>
②各回のミーティング終了時に現金でお支払い。	<input type="checkbox"/>

いずれかに○を付けて下さい

※諸経費は状況によって変わる可能性があります、事前にお知らせ致します。

お申込方法：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。

※FAXのご送信をもって正式なお申し込みとさせて頂き、スケジュールを確定致します。

お申込内容	(1回 全4回) いずれかを○で囲んで下さい		
ご希望日/時間	月	日	時 分 ~ 時
医院名			
ご住所			
お電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

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/デンタルクレンリネスプロジェクト

Tel.079-295-0161 FAX079-295-9062