

基本項目

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) <small>すべて税込み金額</small> | 兵庫県内播州地域無料、兵庫県内5,500円、近畿100km以内11,000円、近畿100km以上16,500円 近畿以外 周期内=22,000円 周期外=姫路市からの交通費 (朝からの場合宿泊費11,000円加算) |

エリア別周期

| | |
|-----------------------------|-----------|
| 東北・関東・北陸・甲信越・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 |

お申込内容 ※ご記入下さい

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| お支払い金額 (A+B) | 円 (税込み) |
| お申込内容 | (1回 全4回) いずれかを○で囲んで下さい |
| 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。 | |
| ②各回のミーティング終了時に現金でお支払い。 | 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：以下のフォームの太線枠内に必要事項をご記入の上この用紙をFAXして下さい。※医院様ゴム印でも可
※FAXのご送信、到着をもって正式なお申し込みとさせていただきます、スケジュールを確定致します。

| | |
|-----------|-----------|
| ご希望日/時間 | 月 日 時 ~ 時 |
| 医院名 | |
| ご住所 | |
| お電話/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

TEL079-295-0161 Mail dcproject1211@gmail.com