

『クレンリネスプロジェクト』お申込書



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行きます。

	内容	所要時間
第1回ミーティング	「清掃」期間のサポート/清掃方法・完了までのスケジュール・チーム作り	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/全員でチェック・リーダー発表・リーダー交代	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 ※すべて税込み金額

Ⓐ ミーティング 2時間	33,000円
Ⓑ 諸経費	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（距離はお聞き下さればお伝え致します） 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） ※『院内クレンリネス講座』の時とは諸経費が変わります。

エリア別周期

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

お申込内容 ※ご記入下さい

お申込内容	(1回 全4回) いずれかを○で囲んで下さい
-------	--------------------------

お支払い金額	A () 円 + B (円) = 円 (税込み)
--------	-----------------------------

お支払方法

①各回の終了後に請求書をお渡し、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頂き、スケジュールを確定致します。

ご希望日/時間	2025年 月 日 時 分 ~ 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