

『フォローアップMtg.』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

※内容は、進捗状況などを考慮してその都度最適な事を行います。1年後のゴールは、クレンリネスが完全に仕組みになる事です。

※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ざれでも結構です。

料金/1回 ※すべて税込み金額

Ⓐ ミーティング 2時間	22,000円
Ⓑ 諸経費	1, 兵庫県内播州地域無料、兵庫県内5,500円 2, 近畿 100km以内11,000円、100km以上16,500円（距離はお聞き下さればお伝え致します） 3, 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）

※諸経費は状況によって変わる可能性がありますが、事前にお知らせ致します。

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

お支払い金額 ※お手数ですがご記入下さい

お支払い金額	Ⓐ () 円 + Ⓑ () 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。	<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"/> いざれかに○を付けて下さい

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またはご相談致します。

お申込内容	(1回 全4回) いざれかを○で囲んで下さい
ご希望日/時間	2026年 月 日 時 分 ~ 時 ※ ご希望日時をお聞きした後、当社のスケジュールと擦り合わせのご相談をさせて頂きます。
医院様名	
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