

『院内クレンリネス講座』お申込書 一ご開院前

①から⑥をご記入、□にチェックを入れて下さい。



①

<input type="checkbox"/>	『院内クレンリネス講座』+フォローアップ 4回 ※料金内訳 (講座99,000円 フォローアップ33,000円×4回=132,000円) ※お支払いは各回ごとでも可。	231,000円
<input type="checkbox"/>	『院内クレンリネス講座』のみ	99,000円

講座、フォローアップ以外にかかる費用

②【諸経費】

エリア別スケジュール	3月6月9月12月 2月5月8月11月 1月4月7月10月	東北・関東甲信越・北陸・東海・近畿・四国 九州(大分・福岡)・中国・近畿・四国 九州(長崎・佐賀・熊本・鹿児島・宮崎)・山口・近畿	22,000円
エリアのスケジュール外の単独出張	姫路から医院様までの諸経費		
播州エリア	明石市・加古川市・三木市・高砂市・小野市・加西市・加東市・多可町・稲美町・播磨町 姫路市・相生市・たつの市・赤穂市・宍粟市・福崎町・市川町・太子町・上郡町・佐用町		5,500円

③【ツール送料】

※単独出張の場合で講座で使用するツールを発送する費用(往復)

往復送料	
------	--

④【講座費用・諸経費合計】

講座費用・諸経費合計	
------------	--

【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)

⑤ スライド講習でご用意頂ける物 (AからFの中でご希望の形に○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)	
プロジェクターのみ(壁に映して視聴)		モニター(HDMI接続、皆さんで見えて頂ける大きさ)	
なし(プロジェクター、スクリーン持参)		なし(プロジェクター持参、壁に映して視聴)	

※医院様の地域が弊社出張周期のエリア内の場合...持参、周期外の場合...送付となります。

※ご送付する場合(単独出張で交通機関を利用して伺う時)は、実往復の送料をご請求させていただきます。

⑥ 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	その他
		B 13:00~17:00	
お電話番号	医院様	緊急時のご連絡先	
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