

# 『院内クレンリネス講座』再講座お申込書(周期内)

再講座で目指すこと・・・導入講座から作り上げられたしくみやマインドをより確実にする。  
導入講座でお伝えできていない情報を提供する。



① から ④ すべてご記入下さい。

## 【講座料金】

初回講座から2年以内	88,000円(税込み)	内訳) 講座費用80,000円+消費税8,000円	① ○を付けて下さい
初回講座から3年以上	110,000円(税込み)	内訳) 講座費用100,000円+消費税10,000円	

※いずれも受講者数20名以上の場合、人数によってご相談致します。

※法人内医院合同の場合、1医院様につき20,000円を加算させていただきます。

※他院様同時ご参加の場合、医院数×通常講座費用とさせていただきます。

## 【諸経費】

医院様所在地エリアスケジュール内での実施は、一律料金(16,500円 税込み)となります。

スケジュール外での単独出張の場合、姫路市からの諸経費となりますのでお見積書を作成します。

エリア別スケジュール	3.6.9.12	東北・関東・北陸・東海・近畿・四国
	2.5.8.11	九州(大分・福岡)・中国・近畿
	1.4.7.10	九州(長崎・佐賀・熊本・鹿児島・宮崎)・山口・近畿

## 【お支払い金額】

諸経費	22,000円(税込み)
講座費用・諸経費合計 ②	円(税込み)

合計金額をご記入下さい。

【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)

③ スライド講習をご用意頂ける物(A、B、C、Dいずれかに○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)	( )
モニター(HDMI接続可能、皆さんで見て頂ける大きさ)	( )
なし(プロジェクター、スクリーン持参)	( )

④ 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	院長先生携帯	当日の方が一の時のご連絡が必要です。
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