

全国歯科医療・口腔ケア連絡会 会場申し込み用紙

- ◎ 本紙に必要な事項をご記入いただき、添付メールにて事務局（hds@e-shika.org）まで送信して下さい。
 ◎ 受信後1週間以内に担当窓口（偶数月受付=ビーンスターク・スノー or 奇数月受付=T&K）から確認のご連絡を致します。
 ◎ お申し込み内容に変更が出た場合は、速やかに事務局または担当窓口（ビーンスターク・スノー or T&K）へお知らせ下さい。
 （※変更によってキャンセル料が発生した場合はお申込者負担となります。）

申込日 年 月 日

施設名	(ふりがな)				
所在地	(ふりがな)				
		都道 府県	市群 区	町 村	
申込者氏名	(ふりがな)				
所属部署	(職種)		(職責)		
電話番号			FAX 番号		
メールアドレス					
ご希望項目	1. ご希望の日時：	第1候補	月	日	： ～ ：
		第2候補	月	日	： ～ ：
		第3候補	月	日	： ～ ：
	2. ご希望の場所：	(地域・市区)			
	3. ご希望の規模：	(人数・範囲)			
	4. 会合名・内容：	(会合の名称)			
	(内容：講演会・研修会・会議・その他)				
	5. その他、ご希望がございましたらお書き下さい。				

※ ご記入頂きました個人情報、事務局からのご案内以外には使用せず、事務局が責任を持って管理いたします。

注1 会場の都合によりご希望に添えない場合があります。**注2** 会場内での物販や飲食等は基本的にできません。

注3 お申込者は当日必ず会場に参加して下さい。**注4** 本事業中の事故等につきましては事務局ならびに担当窓口（ビーンスターク・スノー株式会社、ティーアンドケー株式会社）は一切責任を負いかねます。

事務局 ⇒ 担当窓口（偶数月受付=ビーンスターク・スノー、奇数月受付=T & K）お申込受付日：

担当窓口連絡先：

全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会お問合せ先 事務局ｱﾄﾞﾙｽﾞ：hds@e-shika.org（大石歯科 TEL：04-7176-3355）