

北九州市歯科医師会歯科助手講習会 受講願書

令和 年 月 日

公益社団法人北九州市歯科医師会 御中

北九州市歯科医師会歯科助手講習会の受講申込みをします。

本人	ふりがな			昭・平 年 月 日生		
	氏名 (自署)			満 歳 性別：男・女		
	現住所	〒	電話	— —		
	最終学歴			昭・平 令	年 月 日 卒業・卒業見込み	
※ ₁ 保護者	ふりがな			年齢	歳	続柄
	氏名 (自署)					
	現住所 (本人と同居の場合 は同上)	〒	電話	— —		
勤務先	名称					
	所在地	〒	電話	— —		
	(歯科医院勤務者のみ) ※ ₂ 院長名			※ ₂ 勤務年数	年 ヶ月	
受講料振込通知書 (以下は、受講料を振込される方のみご記入ください※ ₃) ここに振込書 (コピー可) を貼付しても結構です。(貼付した場合は、下記の記入は不要です) ATMの場合は「ご利用明細票」を貼付してください。(口座番号、残高は塗りつぶしてください)						
振込人 (氏名・医療機関名等)			振込日	令和 年 月 日		
振込元銀行	銀行 金庫	本店 支店	手数料は受講者負担とさせていただきます			
【振込口座】 西日本シティ銀行 北九州営業部 普通預金口座 1705845 口座名 一般社団法人北九州市歯科医師会 (シャ)キタキュウシュウシカイシカイ 【振込額】 一般 30,750円 / 高校生 25,250円						

※₁ 高校生又は18歳以下の方は保護者欄を記入してください。

※₂ 歯科医院に勤務している方のみ院長名と勤務年数を記入してください。

※₃ 受講料のお振込は募集期間内をお願いします。