

平成23年度 日本臨床歯科補綴研修会

基本8ヵ月コース 受講申し込み要項

1.お申し込み方法:

受講お申込欄に必要事項をご記入のうえ、下記事務局までご送付ください。

東京会場: FAX:03-5803-2150 または
郵送:〒113-0033 東京都文京区本郷四丁目8-13 TSKビル2F
ヘレウス クルツアー ジャパン 株式会社

大阪会場: FAX:06-6396-3120 または
郵送:〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-3-12
ヘレウス クルツアー ジャパン 株式会社

2.受講料:

| 受講方法 | 歯科医師 (下記機材費用、税込) | 歯科技工士(下記機材費用、税込) |
|------------|---------------------|------------------|
| 全8回 | ¥735,000- (①②③④⑤⑥⑦) | ¥420,000- (③⑤⑥⑦) |
| 前半4回のみ | ¥472,500- (①②③⑦) | ¥241,500- (③⑦) |
| 後半4回(追加受講) | ¥315,000- (④⑤⑥⑦) | ¥210,000- (⑤⑥⑦) |

①顎頭運動経路描記装置(SCMLコーダー) ③プロソマチックゴシックアーチトレーサー ⑤実習用バーチャルデンチャー設計模型 ⑦その他実習用材料
②顎関節診断用ステレオステスコープ ④実習用無歯顎模型 ⑥人工歯(上下前歯・臼歯)

※後半4回の追加受講は前半4回受講者のみ申し込み可

・オブザーバー: ¥10,000- (8ヵ月分の新規資料代と昼食弁当代・消費税込)

3.お支払方法:

- 一括: 4月末までに下記口座に振込み願います。
- 分割: 全8回受講者のみ分割支払いが可能です。

| | 4月末 | 7月末 | 10月末 |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| 歯科医師 | ¥335,000- | ¥200,000- | ¥200,000- |
| 歯科技工士 | ¥220,000- | ¥100,000- | ¥100,000- |

4.振込み先:

センバチウオウ

三菱東京UFJ銀行 船場中央支店 口座番号 (普)1281701 受取人 有限会社 イデックス
※必ず通信欄に受講者名を追記してください。振込み手数料はご負担願います。
※領収書は振込み控えにて代替させていただきます。

平成23年度 日本臨床歯科補綴研修会 基本8ヵ月コース 受講申込書

| | | | |
|----------|--|--|--|
| 会場・資格 | <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> オブザーバー | | |
| 受講回数 | <input type="checkbox"/> 全8回受講 <input type="checkbox"/> 前半4回のみ受講 | | |
| 支払方法 | <input type="checkbox"/> 一括(4月) <input type="checkbox"/> 分割(3回分割:4月、7月、10月) ※全8回受講者のみ分割支払い可 | | |
| ご連絡先 | お名前: (ふりがな) 施設名: (事業所) 〒 住所: TEL: FAX: e-mail: | | |
| ご勤務先 | 同上(以下記入不要) 〒 住所: 施設名: (事業所) TEL: FAX: e-mail: | | |
| お取引先販売店: | 担当者名: | | |

※ 申し込み確認証を発行いたしますので、恐縮ですがすべての項目に正確にご記入ください。