

# オーダーメイド研修（English Lesson）申込書

※グループ代表者は当センター会員登録者限定

グループ代表者氏名	
グループ代表者会員番号	
グループ代表者の電話番号	
グループ代表者のメールアドレス	
受講者氏名（職種）	① ( 歯科衛生士 ) ② ( ) ③ ( ) ④ ( ) ⑤ ( ) ⑥ ( )
研修費領収書の宛名	
受講料	1回2時間 お一人¥3000 (3名～6名)
ご希望の日程と内容	(平日9時30分～16時30分) (※この時間帯以外を希望される場合は要相談となります)

大阪歯科大学医療保健学部歯科衛生士研修センター（歯科英語講座）

( ) 回コース

日	時間
年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
年 月 日 ( )	時 分～ 時 分