

生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防・(特定)保健指導ができる  
 歯科診療所に

一補綴治療・インプラント治療と管理栄養士のチームで行うフレイル予防一  
 一咀嚼機能回復と食育・保健指導の組み合わせが体組成・代謝を改善する一

日時: 令和 3年 4月25日(日) 10:00~16:30 (受付 9:30より)

- 受講費 ■
  - 歯科医師 35,000円
  - 歯科衛生士・スタッフ 20,000円  
 (テキスト代・昼食代・消費税込)
- 会場 ■ 神奈川産業振興センター(神奈川中小企業センタービル)  
 14階ホール  
 横浜市中区尾上町5丁目80番地  
 JR京浜東北線 関内駅徒歩5分・横浜市営地下鉄関内駅徒歩2分
- 定員 ■ 55名 (開催日の2週間前まで受付いたします。定員に達し次第、申込みを終了させていただきます。)

■ 会場地図 ■



■ 参加申込 ■

● Webでのお申込

Medicalプランニングのホームページよりご登録ください。

予防歯科 メディカル

検索

<http://www.med-plan.jp>

● FAX・Emailでのお申込

下記必要事項を明記の上、FAXまたはEmailでお申込ください。

● お申込後、一週間以内に受講費を右記口座までお振込ください。ご入金をもちまして、正式なお申込といたします。

■ お振込先 ■

三菱東京UFJ銀行 大和支店

【口座番号】(普通) 0054862

【口座名義】株式会社Medicalプランニング

※お振込人名義は、右上のセミナーID(S0607)とお申込者様名義を併記してください。

(例) S0607 ○○シカイイン

◆お振込手数料は、ご負担いただけますようお願いいたします。

金融機関の振込記録をもちまして、領収書に代えさせていただきます。

◆受講料ご入金後のお申込キャンセルはご容赦ください。但し、後日開催予定の日程に振り替えることができますので、ご相談ください。

◆開催1ヶ月前より、代表者様宛に受講票と会場案内をお送りいたします。(2週間前になっても万が一届いていない場合はご連絡ください)

お申込FAX: 046-778-6485

Email: [info@med-plan.jp](mailto:info@med-plan.jp)

FAXは下欄を切り取らずに、そのままお送りください。

参加申込書

『食育・栄養・生活習慣指導と歯科補綴』

令和 3年 4月25日(日)

参加者ご氏名	ご職業(○印)	貴医院名:
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	受講票送付先ご住所( <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 )
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	〒
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	TEL:
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	FAX:
様	歯科医師・衛生士・スタッフ	Email:
合計人数:(歯科医師) 名 (衛生士・スタッフ) 名		

書ききれない場合は、別紙にご記入の上添付してお送りください。



ご記入いただく内容は、お申し込みいただいたセミナー・講習会参加に係る書類等の送付、弊社セミナー・講習会/出版物およびそれらに関するご案内に利用致します。また、セミナー・講習会の内容に反映させるため、講師の先生へはお申込者氏名・ご所属・都道府県名をお知らせ致します。  
 ※その後のご案内が不要な場合は、弊社までご連絡ください。



お申込・お問合わせは

株式会社Medicalプランニング

TEL: 090-6945-7202 FAX: 046-778-6485