

受講料振り込み(郵便振込)について

郵便局に置いてある(青い)払込取扱票にてお振込みください。

振込手数料は各自負担してください。

振込先口座 00880-6-58816 (公益社団法人愛知県歯科衛生士会)

こちら側を当日持参してください

※払込票(通信欄)記載例

払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
00880-6-58816		00880-6	
公益社団法人 愛知県歯科衛生士会		58816	
(例) ○月○日(午前) 研修項目: ○○○○ ○月○日(1日コース) 研修項目: ○○○○		公益社団法人 愛知県歯科衛生士会	
通信欄	複数の研修の払い込み については、研修が特 定できるよう、両方に記 載してください。	おなまえ	
ご依頼人		○/○(午前) ○/○(1日)	
〒 _____ (住所、氏名、電話番号を 記入してください)		様	
(電話番号 - -)		日 附 印	
日 附 印		日 附 印	