

FAX : 03 -5358 -9212

入 会 申 込 書

日本医歯薬研修協会 御中

年 月 日

貴会の歯科医師国家試験対策講座を受講申込みいたします。

| | | | | | |
|------------|---|--|----------------|----------|---------|
| 受講コース | ◆希望のコースに☑をしてください。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 東京校 本科一年ベーシックコース <input type="checkbox"/> 東京校 本科一年ゴールドコース <input type="checkbox"/> 東京校 本科一年プラチナコース <input type="checkbox"/> 東京校 本科ハイブリッドコース <input type="checkbox"/> 大阪校 本科一年コース <input type="checkbox"/> 大阪校 本科ハイブリッドコース <input type="checkbox"/> 松本校 本科一年コース | <input type="checkbox"/> ID-LEARNING <input type="checkbox"/> 東京校 個別指導講座 短期講座 ※ <input type="checkbox"/> 夏期講座 <input type="checkbox"/> 直前講座 <input type="checkbox"/> 必修対策講座 | | | |
| 受講料 | | 金 | 円也 (税込) | | |
| フリガナ | | | 生年 年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 氏名 | Ⓜ | 男・女 | | | 満 歳 |
| 現住所 | 〒□□□-□□□□ | | | | |
| | TEL | | 携帯電話 | | |
| E-mail | | | | | |
| 学校名 | 大学 | 卒業 年月 | 昭和 平成 令和 | 年 月 | 卒 見込 |
| 保護者 連絡先 | 氏名 | | | TEL | |
| | 住所 | 〒□□□-□□□□ | | | |

※裏面の注意事項の内容をご確認・ご了承のうえ、ご署名・ご捺印ください。

【注意事項】

◎お申し込みについて

入会を希望される方は、本注意事項と別紙【受講に関する注意事項】にご同意をいただき、表面の入会申込書に必要事項をご記入の上、指定した期日までに規定の受講料を指定の銀行口座にお振り込み下さい。

なお、一旦お振り込みいただいた受講料は、特に本学の定めた場合を除き、いかなる場合も返還いたしませんのであらかじめご了承ください。中途退会の場合も受講料の返還はいたしません。

◎受講について

お申し込みになった講座を受講する権利を有するのは、本学に対して受講登録を完了した本人のみとし、本学の定めたカリキュラム・スケジュールに沿って受講していただきます。

◎自習用講義映像について

講義用映像・自習用映像の著作権、使用权はすべて本学が所有します。したがって、これらを無断でコピーする事、配布・販売・公に放映する事は違法行為であり、これを固く禁じます。

◎連絡、報告について

タイムレコーダーで出欠をとります。病気その他でやむを得ず講座を欠席する場合は事前に連絡をお願いします。なお、定期的に保護者には出席状況（東京校・大阪校）及び日次テスト・模擬試験の成績を報告します。

転居等で申し込み登録の記載事項に何らかの変更があった場合は、直ちに届け出てください。

◎その他

上記のいずれかの事項に違反して、本学が他の受講者に物理的、あるいは心理的に悪影響を及ぼすと判断した場合、また講座運営に支障を来す行動をとると判断した受講者に対しては、受講契約を解除する事があります。なお、このような場合にも受講料は一切返金致しませんのでご了承下さい。歯科医師を志望する者として、日本医歯薬研修協会の受講生としての品位をもった生活と行動をお願いします。

本注意事項と併せて、別紙【受講に関する注意事項】を熟読し遵守してください。