

# DVD「Dental Adventure2」送付申込書

令和 年 月 日

一般社団法人 大阪府歯科医師会 御中

ご所属	
ご住所	〒
お名前	
電話番号	

この度は、DVD「Dental Adventure2」の送付をお申込みいただきありがとうございます。

## 【注意項目】

- ・提供方法は、DVDのみのご提供となります。MP4等のデータでの提供はいたしません。
- ・DVD 送付用の返信用レターパック(ライトで可)のご準備をお願いします。
- ・申込書と併せて、返信用レターパックを大阪府歯科医師会までお送りください。  
※レターパックには、DVD をお届けする宛先を記入しておいてください。
- ・申込書と返信用レターパックを受領後、原則2週間以内に DVD を発送いたします。
- ・申込内容の使用目的以外でのご利用はご遠慮ください。

記

確認事項	<input type="checkbox"/> 上記注意項目をすべて確認し、同意しました。
使用目的	
動画を知った経緯	<input type="checkbox"/> 歯科診療所で流れていた <input type="checkbox"/> 大阪府歯科医師会ホームページで知った <input type="checkbox"/> 歯科の研修会、講演会で知った( ) <input type="checkbox"/> その他

## 【申込先】

〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27 大阪府歯科医師会 学術地域保健課 行  
「DVD デンタルアドベンチャー2 申込書類在中」と明記ください