**神奈川歯科大学資料館見学申込書**

神奈川歯科大学資料館

館長　　鹿島　　勇　　 殿

申請日　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日

標記の件につきまして、貴大学に神奈川歯科大学資料館見学を下記の通りにご依頼致したく宜しくお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 見 学 希 望 日 時 | 第1希望日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　（　　　　）　　　　：　　　　～　　　　　：　　　 |
| 第2希望日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　（　　　　）　　　　：　　　　～　　　　　：　　　 |
| 見　学　者　人　数 | 　　　　　　　　　　　　名　　（うち　学生　　　　　　　　名）　　　 |
| 目　　的 |  |
| 代　表　者 | 氏名 |  |
| 所属先名 |  |
| 所属先住所 | 〒 |
| 所属先TEL |  |
| 業種・学科※○で囲んで下さい | 医師　　　歯科医師　　　看護師　　　歯科衛生士　　　看護科歯科衛生科　　　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 承諾書発送先 | 〒 |
| 施設使用料金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備　考 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |

【振込先】

金融機関名：横浜銀行

支店名：横須賀支店

種別：普通預金

口座番号：6100586

口座名義：KDC株式会社　ケーディーシー（カ

※お振込名義は**代表者様の氏名**でお願い致します。

ここに領収証を添付して下さい。

━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━
神奈川歯科大学　資料館 http://www.kdu.ac.jp/
---------------------------------------------
〒238-8580神奈川県横須賀市稲岡町82　　 事務室　勝野
TEL:046-822-9351 FAX:046-822-9317
MAIL:shiryoukan@kdu.ac.jp
━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━

見学者名簿（代表者は除く）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属・学校名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |