


※①②④の項目について、ご記入をお願いいたします。

① お申し込み者情報		※医院名などはゴム印押印でも可		お申し込み日： 2021 年 月 日	
歯科医院名	<div>印</div>				
代表者名 または担当者名					
所在地	〒	都 道 府 県	市 区 町 村		
電話番号					
E-mail	※本欄ご記入アドレス宛に、お申し込み受付完了のご案内をお送りします。				

② お支払い情報		※下記より1つをご選択ください	
<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> AMEXカード払い <input type="checkbox"/> Dinersカード払い <input type="checkbox"/> その他カード			
<div>➡</div> <input type="checkbox"/> 前回ご記入いただいたカード情報と同じ			
■ 銀行振込について	・ 申込書受付後、ご請求書を発送致します。 請求書に記載された期日までにお振込をお願い致します（約1週間）。		
■ カード決済について	・ 代金はAMEXカードまたはDinersカードの規定に従い、お客様の銀行口座から引き落とされます。 ・ 新規でクレジットカード払いをご希望の方は別途ご案内をお送り致します。		

③ ご支援内容の確認	
<input checked="" type="checkbox"/> 「2022年度 クオキャリア奨学金サポーターパック」 30,000円（税込）	
■ ご支援いただいた医院様には、右記3点の広報ツールをご提供いたします。貴院のブランド価値を高めるためのPRツールとしてご活用ください。 （広報ツールのお渡しは2022年2月頃を予定しております）	《奨学金案内リーフレット》 《支援ポスター》 《支援バナー（WEB用）》 

④ お申し込み条件・注意事項		※大変恐縮ですが、ご支援いただける医院様の条件(2021年12月1日時点)と注意事項を設けております。 すべての項目をご確認・チェック（✓）をご記入の上、お申し込みをお願い致します。	
<input type="checkbox"/> 開業から5年以上経過している <input type="checkbox"/> 社会保険の適用事業所である （「健康保険(または歯科医師国保・歯科健保)、厚生年金、雇用、労災」4つすべて備えている） <input type="checkbox"/> 違法な歯科医療行為を行っていない(歯科衛生士に違法業務を課していない) <input type="checkbox"/> 労働法令を順守した職場運営を行っている <input type="checkbox"/> 過去3年以内に大きな労働紛争を生じさせていない <input type="checkbox"/> 右記<注意事項>および下部「個人情報の取扱いについて」を確認・承諾した		<div><注意事項></div> <ul style="list-style-type: none">・ 本奨学金を受給する学生の個人情報を得ることはできません。・ 本奨学金を受給する学生に、サポーター医院への就職に関する義務(見学/面接等)はありません。・ 本件に税額免除などの適用はございません。	

本申込書 受付期間

2021年 12月16日(木) 20:00まで