

# 日本レーザー歯学会 第11回歯科用レーザー教育研修会

令和2年6月14日開催 於:東京医科歯科大 特別講堂(予定)

Fax 送付先:03-3947-8873

## 参加申込書

フリガナ		TEL	
お名前		FAX	
ご住所			
勤務先名			
参加費(該当する区分の□にチェックをしてください)			
<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 (7,000円 修了証発行費用含む)		<input type="checkbox"/> 会員外歯科医師 (10000円)	
<input type="checkbox"/> 会員パラデンタル (3,000円 修了証発行費用含む)		<input type="checkbox"/> 会員外パラデンタル (5,000円)	
<input type="checkbox"/> 学部学生・大学院生・研修医(3,000円)			
* 学部学生・大学院生・研修医料金でお申し込みの場合には、学生証などの証明書のコピーが必要となります。また、会員で修了証の発行を希望される方は、研修会当日に実費(1,000円)をお支払いいただきます。			

### 研修会参加お申込みの流れ

1	参加費を右記の指定口座にお振り込みください。 * 振込票の控えを領収書にかえさせていただきますので、あらかじめご了承ください。
---	--



2	参加申込書にご記入のうえ、FAXにてご送付ください。学部学生・大学院生・研修医料金でお申し込みの場合には、学生証などの証明書のコピーを合わせて FAX にてご送付ください。
---	--



3	上記1, 2で参加申込手続きは完了です。 (研修会当日に会場までお越しください)
---	---



当日	会場受付で本参加申込書をご提示ください。 (受講証をお渡しいたします)
----	--

### 【振込先】

- ① 郵便局からお振込の場合(郵便振替)  
口座番号:00110 - 0 - 764019  
加入者名:日本レーザー歯学会研修会
- ② 郵便局以外の金融機関からお振込の場合  
金融機関:ゆうちょ銀行  
金融機関コード:9900 店番:019  
預金種目:当座  
店名:0一九店(ゼロイチキュー店)  
口座番号:0764019  
加入者名:日本レーザー歯学会研修会

### 【参加申込および入金締切日】

令和2年5月30日(土)

### 【お問い合わせ先】

(一財)口腔保健協会コンベンション事業部  
日本レーザー歯学会研修会運営事務局  
〒170-0003

東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル  
TEL 03-3947-8761 FAX 03-3947-8873  
E-mail: gakkai1@kokuhoken.or.jp