日本レーザー歯学会　第7回教育研修会

2018年6月24日開催　於：東京医科歯科大学

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 職種	歯科医師・臨床研修歯科医師・大学院生・歯科衛生士・学生・賛助会員・その他（　　）		

参加費（該当する区分の□にチェックをしてください）

□ 会員歯科医師　　（ 3,000円 修了証発行費含む）　　□ 賛助会員**　　(3,000円　修了証発行費含む)

□ 会員パラデンタル（ 3,000円 修了証発行費含む）　　＊複数名参加の場合には以下に氏名の記載をお願いします

□臨床研修医・大学院生・学生*（3,000円）　　（　　）

*学部学生・大学院生・研修医

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，研修会当日に費用をお支払いいただきます。

**賛助会員は参加人数に応じて費用が変動します（1名につき3,000円）。ご注意ください。

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（ゼロイチキュウ店）

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】

賛助会員の方　　2018 年5月18日（金）

賛助会員以外の方　　2018 年6月 8日（金）

【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

＊6月8日以降、会場に空きが有る場合には当日参加も受け付けますが（参加費 3,000円）、修了証発行を希望される方（後日郵送）は別途費用1,000円を頂戴します。