

日本レーザー歯学会 第6回歯科用レーザー教育研修会

平成30年1月14日開催 於:東京医科歯科大学 7号館 2階 第2講義室

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(該当する区分の口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 (12,000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。			
第3回症例報告会(該当する区分の口にチェックをしてください)			
<input type="checkbox"/> 発表費用 (20,000円)			
* 筆頭発表者は本学会会員歯科医師のみ, 共同発表者は本学会会員に限ります。			

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】

平成29年12月15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