

第1回WEB型歯科用レーザー教育研修会 参加登録書

職 種 歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・その他()

氏 名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

修了証発行の希望: 有 ・ 無
レーザー歯学会入会 有 ・ 無

楷書で丁寧に記載してください

第1回WEB型歯科用レーザー教育研修会 受講証明書

氏名 _____

あなたは、日本レーザー歯学会主催
第1回WEB型歯科用レーザー教育研修会を
受講した事を証明します。

一般社団法人 日本レーザー歯学会

令和7年10月16日

- ・ 氏名欄にお名前をご記入ください。
- ・ 会員は認定医、専門医申請・更新の取得単位として申請することができますが、その際には本受講証明書または修了証が必要となります。
- ・ 修了証は会員のみに発行されます。
- ・ 修了証をご希望の方は、以下の口座に、必ず受講者本人氏名で、発行費用のお振り込みをお願いします。
- ・ 振り込み先:
三菱東京UFJ銀行駒込支店 普通預金 0180695
一般社団法人日本レーザー歯学会 代表理事 横瀬敏志
お振り込み額（発行費用）: 3,000円
手続き期限: R7/10/31まで
- ・ 手続き期限後に修了証が郵送されます。
- ・ 参加登録書を提出されている方にのみ、修了証が発行されます。
日本レーザー歯学会HPもご参照ください。