

デジタルデンティストリー イン 歯科審美

参加申込書

参加者区分	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 / <input type="checkbox"/> 非会員歯科医師 / <input type="checkbox"/> 会員歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> 会員歯科技工士		
氏名	フリガナ		
同伴者区分①	<input type="checkbox"/> 非会員歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 非会員歯科技工士	同伴者区分②	<input type="checkbox"/> 非会員歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 非会員歯科技工士
同伴者氏名①	フリガナ	同伴者氏名②	フリガナ
勤務先			
ご案内送付先	どちらかにチェックしてください⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 〒		
TEL / FAX	/		

※同伴者として「非会員歯科衛生士・非会員歯科技工士」が参加される場合は「同伴者区分・同伴者氏名」の部分に必要事項をご記入ください。

【対象】 歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士

【参加費】

- 会員歯科医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5,000円
- 非会員歯科医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13,000円
- 会員歯科衛生士／会員歯科技工士・・・・・・・・・・・・ 3,000円
- 非会員歯科衛生士／非会員歯科技工士・・・・・・・・ 5,000円

※非会員の歯科衛生士・歯科技工士は歯科医師との同伴参加に限ります。

【申込方法】 事前登録制(先着順) 申込締切日:1月24日(金)17:00 まで

◆締切日前であっても定員になり次第、締切とさせていただきます。お早目のお申込みお願いいたします。

≪ステップ1≫ 参加費を指定口座にご入金ください。

〈郵便振替払込〉口座:00110-8-12908 加入者名:日本歯科審美学会セミナー委員会

≪ステップ2≫ 下記の参加申込書に必要事項をご記入の上、払込用紙の受領書と併せてセミナー事務局までFAXにてお送りください。

各種準備の都合上、上記締切日の17:00を最終締切とさせていただきます。

【セミナーについてのお問合せ・申込先】

日本歯科審美学会セミナー事務局

FAX:03-3947-8873

TEL:03-3947-8761

E-mail: gakkai22@kokuhoken.or.jp