

2019年10月20日(日)第11回秋季カンファレンス申込用紙

本カンファレンスは研究会会員、又は生田セミナー受講者で、事前申込いただいた方のみ当日ご参加いただけます。(注：下記該当者に限られます。)事前申込の方法は、下記に必要事項をご記入の上、研究会事務局FAX：0969-24-1801へ送信して下さい。後ほど受講票兼振込依頼書をFAXにてご送付致します。振込確認をもって正式な申込とさせていただきます。

《参加費用》

【会員】

①国際歯周内科学研究会会員歯科医師 18,360円(昼食付・税込)

②会員の歯科医院の歯科衛生士 12,960円(昼食付・税込)

③会員の歯科医院の勤務歯科医師 18,360円(昼食付・税込)

※**会員歯科医院勤務の勤務歯科医師、歯科衛生士は単独での受講も可能です。**

【非会員】

④会員以外の生田セミナー受講歯科医師 27,000円(昼食付・税込)

⑤会員以外の生田セミナー受講歯科医院に
勤務する歯科医師および歯科衛生士の同行者 27,000円(昼食付・税込)

申込日 月 日

該当にチェック✓して下さい。

フリガナ

お名前 会員 (No) 非会員 歯科衛生士

歯科医院名

歯科医院ご住所 〒

電話番号

FAX番号

同行者名(フリガナ)

歯科医師 スタッフ _____

歯科医師 スタッフ _____

送信先FAX番号 0969-24-1801



◆WEBからのお申し込みは左のQRコードを読み取り、必要事項をご入力の上、ご送信ください。のちほど受講票兼振込依頼書をメールにてご送付致します。

◆振込確認をもって正式な申込とさせていただきます。

◆**重要！お送りするメールを受信できるように振り分け受信拒否の機能を適切に設定しておいてください。**

送信ドメインは gmail.com または nifty.com です。