

一般社団法人口腔インプラント生涯研修センター主催
2020年度 第35期 インプラント研修会

参加申込書

- 太枠内をすべてご記入の上、下記の送付先へ郵送または FAX,E-mail でお送りください。
○お支払いは、銀行振込となります。入会時研修費用とお振込先は下記のとおりです。
○移籍料2万円・年度会費2万円/計4万円を下記の口座に振込、履歴書と本フォーム記載の添付のうえメールにてご返信ください。

お申込日	20 年 月 日		
お申込者名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(男・女)		
診療所住所	〒	TEL	
		FAX	
自宅ご住所	〒	TEL	
		FAX	
ご連絡先	E-mail アドレス <small>添付資料が多ため携帯メールは不可</small>	連絡先希望欄 <small>いづれかにチェックください</small>	
		診療所 <input type="checkbox"/>	自宅 <input type="checkbox"/>
プロフィール 確認欄	出身大学	卒業年度	年卒
		職歴	年
	日本口腔インプラント学会に入会	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない <small>いづれかにチェックください</small>
	日本歯科医師会に入会	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
	インプラントの施術経験	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (約 本位)
	受講への紹介者 (いる場合)	雑誌を見た場合の雑誌名	

研修費用は、600,000 円です。分割ご希望の先生はご連絡ください。
振込先は以下の通りです。振込手数料はご負担ください。
ご入金と併せ (kt.lifelong@gmail.com) または FAX (03-3714-1515) でお申し込み下さい。

振込先： 三菱 UFJ 銀行 0005 栄町支店 281 普通口座 0268459
名義：一般社団法人 口腔インプラント生涯研修センター
代表理事 加藤 英治