

一般社団法人口腔インプラント生涯研修センター主催
インプラント研修会

移籍申込書

- 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	連絡先希望欄	いづれかにチェックください	
		診療所 <input type="checkbox"/>	自宅 <input type="checkbox"/>	
プロフィール 確認欄	出身大学	職歴	年	
	卒業年度	年卒		
	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	いづれかにチェックください
	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			

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