

一般社団法人口腔インプラント生涯研修センター主催
2024年度 第39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。

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 <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	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	<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