

年 月 日

(一社) 日本歯科医学会連合
(公社) 日本口腔インプラント学会共催シンポジウム
参加申込書

※参加をご希望の方は、下記に必要事項をご記入のうえ、FAX または E-mail にて
お申込みください。参加登録証の発行はしていません。

【事前登録制】(定員になり次第締切りとなります) 定員 300名

◆日 時 : 2019年2月10日(日) 14:00~16:20

◆会 場 : 京王プラザホテル コンコールドルーム C (本館 5F)

〒160-8330 東京都新宿区西新宿 2-2-1 TEL 03-3344-0111

ふりがな

お名前 _____

【登録区分(該当区分にチェック)】

- 歯科医学教員・研究者 開業歯科医 歯科衛生士 歯科技工士
 その他医療関係者 企業関係者 学生() その他()

勤務先 _____

ご住所 _____

TEL () : FAX ()

E-mail @ _____

【E-mail 送信先】 E-mail : jimukyoku@nsigr.or.jp

※ E-mail でのお申込みの際は、ご記入欄の全ての項目をメール本文に明記して
ください。

【FAX 送信先】 FAX : 03-3263-7761

※ 大変お手数ではございますが、2019年2月4日(月)までに本学会事務局にお送りください。

お問い合わせ先
(一社) 日本歯科医学会連合事務局
E-mail : jimukyoku@nsigr.or.jp