**平成29年度　第9回　TPDS/東北口腔インプラント研究会主催 JSOI認定“講習会”及び“懇親会”「参加申込書」**

※TPDS：（一社）東京形成歯科研究会　※JSOI：（公社）日本口腔インプラント学会

（一社）東京形成歯科研究会　事務局　　行

**送信先**　**E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp**　または**FAX：03‐3919‐5114**

**参加申込締切日**　2017年**11**月**29**日（水）

該当する箇所に○印をつけていただき、必要事項をご記入の上、上記・送信先“E‐mail”または“FAX”までご送信下さい。

■参加者区分：該当する区分に○印をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TPDS主催JSOI認定講習会受講生 | TPDS会員 | 東北口腔インプラント　研究会 | 一般参加者 |

■平成29年12月16日(土)のTPDS/東北口腔インプラント研究会主催**JSOI認定講習会**を

|  |  |
| --- | --- |
| ［　受講する　］ | ［　受講しない　］ |

■平成29年12月16日(土)のTPDS/東北口腔インプラント研究会主催**懇親会**に

|  |  |
| --- | --- |
| ［　参加する　］ | ［　参加しない　］ |

■平成29年12月16日(土)の宿泊（セントラルホテル）を申し込みますか？

|  |  |
| --- | --- |
| ［　はい　］ | ［　いいえ　］ |

■平成29年12月17日(日)のTPDS/東北口腔インプラント研究会主催**JSOI認定講習会**を

|  |  |
| --- | --- |
| ［　受講する　］ | ［　受講しない　］ |

■平成29年12月17日(日)は、昼食（弁当）を用意させて頂きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 昼食（弁当） | ［　要　］ 　　　／　 　 ［　不要　］ |

■以下にお名前と貴院名をご記入下さい。

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

●以下に住所・TEL・FAX・E-mailをご記入下さい。**尚、東京形成歯科研究会の会員の方は、記入しなくて結構です。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔住所（フリガナ）〕〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

■複数名の参加をご希望の方は、以下に「○」を付けて下さい。別途、事務局より折り返しご連絡させていただきます。

|  |
| --- |
| 複数名の参加を希望する |