**平成29年度　第6回**

**TPDS主催 JSOI認定“講習会”“Hands-On”「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**9**月**6**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 | 一般参加者 |

■平成29年10月1日(日)のTPDS主催JSOI認定講習会を

|  |  |
| --- | --- |
| ［受講（参加）する］ | ［受講（参加）しない］ |

■平成29年10月1日(日)のTPDS主催Hands-Onセミナー（実習）に

|  |  |
| --- | --- |
| ［参加する］※受講（参加）希望の「TPDS主催JSOI認定 講習会受講生」または「一般参加者」は参加して頂きます。 | ［参加しない（聴講のみ参加希望）］※TPDS会員で、受講（参加）申込者が対象となります。 |

■当日は、昼食を用意させて頂きます。ご希望の箇所に○印をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 昼　食 | ［　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 |

〒114‐0002　東京都北区王子2‐26‐2　ウェルネスオクデラビルズ3F　オクデラメディカル内　　（一社）東京形成歯科研究会　事務局

TEL：03‐3919‐5111　／　FAX：03‐3919‐5114　／　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp