

近畿矯正歯科研究会 第34回大会 出欠返信用FAX用紙

1. 本大会に参加していただけますか はい・いいえ (ご欠席の場合もご返信くださいますようお願いいたします。)

I) 年会費：会員の方はお納め下さい。(ご欠席の場合は年会費のみお納め下さい。)

15,000 円

II) 大会参加費：事前振り込みの場合は8月31日までにお振り込み下さい。(下記表をご参考下さい)

資格	事前登録	当日申し込み	参加形態	台験症例数	Progresss症例数
メンバー (レギュラー・シニア)	<input checked="" type="checkbox"/> 13,000円×(1)	<input type="checkbox"/> 16,000円	見学 <u>症例展示</u>	<u>2</u>	初回() 継続() 終了()
ビジター (卒後6年以上のDr.)	<input type="checkbox"/> 16,000円×()	<input type="checkbox"/> 18,000円	見学 症例展示		初回() 継続() 終了()
会員の診療所の勤務医	<input checked="" type="checkbox"/> 10,000円×(1)	<input type="checkbox"/> 12,000円	見学 <u>症例展示</u>	<u>1</u>	初回() 継続() 終了()
無給の大学医局員	<input type="checkbox"/> 8,000円×()	<input type="checkbox"/> 10,000円	見学 症例展示		初回() 継続() 終了()
ゲスト (卒後5年以下のDr.)	<input type="checkbox"/> 7,000円×()	<input type="checkbox"/> 8,000円	見学 症例展示		初回() 継続() 終了()
スタッフ・学生	<input checked="" type="checkbox"/> 3,000円×(1)	<input type="checkbox"/> 4,000円			

合計 26,000 円

合計金額 (I+II) 41,000 円

※会員の方は年会費 (I) と参加費 (II) をまとめて8月31日までにお振り込み下さい。

《振込先》りそな銀行 橿原支店 普通 0026598

口座名義：近畿矯正歯科研究会 会計 岡下慎太郎

2. 展示症例審査を希望されますか

はい・いいえ

*審査症例は1症例とさせていただきます
応募資格はレギュラー取得後10年以内

3. ランチョンセミナーに参加いただけますか

はい・いいえ

合計参加人数 (2) 人

4. 懇親夕食会に参加いただけますか

はい・いいえ

*会費は大会参加費に含まれております。

合計参加人数 (2) 人

* 会員の先生で変更のない場合はお名前だけで結構です。

氏名：	<u>久島和彦</u>		
<u>2004</u> 年	<u>大阪歯科</u>	大学卒業	
勤務先名：	<u>くしま矯正歯科</u>		
所在地：	<u>〒540-0011大阪市阿倍野区昭和町1-21-22 徳山ビル4F</u> TEL： <u>06-6628-8148</u> FAX： <u>06-6627-0878</u>		

同行参加者 ※同伴される方がいらっしゃる場合はお名前をご記入ください。

1. 氏名 山本 太郎

・ビジター 会員診療所の勤務医 無給医局員 ゲスト スタッフ

2. 氏名 山田 花子

・ビジター 会員診療所の勤務医 無給医局員 ゲスト スタッフ

3. 氏名 _____

・ビジター 会員診療所の勤務医 無給医局員 ゲスト スタッフ

4. 氏名 _____

・ビジター 会員診療所の勤務医 無給医局員 ゲスト スタッフ

5. 氏名 _____

・ビジター 会員診療所の勤務医 無給医局員 ゲスト スタッフ

通信欄

本年度からホームページからの登録にご協力お願い致します。

FAX でのお申し込みの際はこの用紙をお使い下さい。なお、大会準備の都合上、8月31日までにご返信下さい。

受け付けFAX番号 06-6627-0878

近畿矯正歯科研究会事務局 くしま矯正歯科
大阪市阿倍野区昭和町1-21-22 徳山ビル4F