

1. 本大会に参加していただけますか はい・いいえ

15,000

はい・いいえ

5,000

7

					Progresss
()	14,000 ×	16,000		<input type="checkbox"/>	
(6) Dr.	14,000 ×	16,000		<input type="checkbox"/>	
	12,000 ×	12,000		<input type="checkbox"/>	
	10,000 ×	10,000		<input type="checkbox"/>	
(5) Dr.	7,000 ×	8,000		<input type="checkbox"/>	
	3,000 ×	3,000			

会員の方は年会費・リンク費()と参加費()をまとめて7月下旬までにお振り込み下さい。

0026598

2. 提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()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()人

氏名:

年 大学卒業

勤務先名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

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 | ・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 | ・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 |

ご返信いただいたFAXは大会事務手続き以外に使用いたしません。
なお、大会準備の都合上、7月末までにご返信ください。

受け付けFAX番号 **072-754-1092**

近畿矯正歯科学研究会事務局 山片矯正歯科
大阪府池田市呉服町2-20・クレハ220.2F

