NPO 法人日本歯科放射線学会 第43回生涯学習研修会

『明日から使えるパノラマエックス線写真による画像診断』

参加申込書

以下の項目をご記入ください。

この参加申込書と受講料振込控を添付して、E-mail（akiyama@cc.osaka-dent.ac.jp）でお申込みください。。E-mailの件名には「生涯学習研修会申込」とご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | お名前 |  | | |
| (ふりがな) | | |
| 2) | 勤務先 |  | | |
| 3) | ご住所 | 〒　　　　- | | |
|  | | |
| 4) | E-mailアドレス |  | | |
| 5) | 電話番号 |  | | |
| 6) | Ｆax番号 |  | | |
| 7) | 准認定医・認定試験を | | * 受験する | * 受験しない | |
| 8) | 日本歯科放射線学会の | | □　会員である  会員番号： | □　非会員である | |

いずれか該当するものに〇を記して、該当金額を振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当に〇 | 合計金額 | 研修会申込 | 認定試験申込 | 学会入会 |
|  | 51,000円 | 〇 | 〇 | 〇 |
|  | 31,000円 | 〇 | ✕ | 〇 |
|  | 40,000円 | 〇 | 〇 | 済(会員) |
|  | 20,000円 | 〇 | ✕ | 済(会員) |

※事前に振込を完了しないと受講できません。

振込先：　みずほ銀行　深川支店（普通）1764423　　特定非営利活動法人日本歯科放射線学会