

TDC 卒後研修セミナー2014 受講申し込み書

① セミナーNo. に✓をお付け下さい。複数の記入可能です。

No.1 外科小手術と顎顔面の解剖学 4月20日(日)

No.2 ベーシックセミナー 5月18日(日)

No.3 診療の基本技術 6月22日(日)

No.4 行動科学 7月27日(日)

No.5 義歯セミナー 9月21日(日)

No.6 歯科矯正用アンカースクリュー 10月12日(日)

インプラントセミナー

4日間コース

単発受講 (6月28日 6月29日 7月26日 7月27日)

ふりがな

② 氏名 _____

③ 住所〔日中連絡がとれる電話番号の前に◎をお付け下さい〕

〈自 宅〉

〒

TEL _____

FAX _____

〈診療室〉

〒

TEL _____

FAX _____

④ 職種〔該当するものに○を付け、卒業大学・卒業年をご記入下さい〕

歯科医師 (卒業大学 _____ ・ 卒業年 _____)

臨床研修医 ・ コ・デンタルスタッフ

その他 (_____)

⑤ 過去の本セミナー受講経験 (初めて・経験あり)

上記必要事項を記入の上、投函もしくは表記同窓会事務局へFAXして
いただきますと、事務局より受付票および振込用紙を送付いたします。

(FAX番号 03-3264-4859)