

公益社団法人 日本口腔インプラント学会 指定研修施設  
 認 定 講 習 会  
 主催 九州インプラント研究会 (KIRG)

受講料 80 万円 (税込) のうち、申込金 10 万円を添えて申し込みます。

ふりがな			
氏名	(印)		
自宅住所	〒 -		
E-mail	@		
TEL		FAX	
出身校	大学	年卒	
卒業後の略歴 (学歴・研修歴・職歴等)			

診療所名			
勤務先住所	〒 -		
E-mail	@		
TEL		FAX	

- 公益社団法人日本口腔インプラント学会入会日 \_\_\_\_\_ 年 月
- インプラント経験 有 無
- ・ 経験年数 約 \_\_\_\_\_ 年 ・ 症例数 \_\_\_\_\_ 名 ・ インプラント数 約 \_\_\_\_\_ 本
- ・ 種類 \_\_\_\_\_

※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ 注 意 事 項 ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※

1. 先着 24 名様で募集を締切とさせていただきます。
2. 一旦納入された申込金は返却いたしません。24 名を超えた後の申し込みについては、次回に回すかどうか当局よりお知らせ致します。
3. 残金 70 万円の振込期限は、当局より直接ご連絡いたします。
4. 受講料完納をもって受講者として決定させていただきます。但し、受講料の返済は致しませんのであらかじめご了承ください。
5. 器材費は別途いただきます。(約 15 万円)

**受講料振込先** : みずほ銀行 熊本支店  
 普通口座 1892919  
 口座名 九州インプラント研究会 佐藤 哲夫