

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 | | | 日本口腔インプラント学会 [会員番号] |
| 氏名 | | | ⑩ |
| 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)

| | |
|----------------------------------|--|
| 6. ご相談等がございましたら 下記宛までご連絡ください。 | 受講料振込先：肥後銀行 子飼橋支店 店番号 154 普通口座 2072514 サガラ タカハル 口座名 九州インプラント研究会 会計 相良 孝治 |
|----------------------------------|--|