第18期**受　講　申　込　書** 年　　　月　　 日

第30期

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）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 日本口腔インプラント学会［会員番号］ |
| 氏名 |  | | |  |
| 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 |  | |

受講費用77万円（税込）のうち、申込金10万円を添えて申し込みます。

* 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。

1. 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、次期に回すかどうか当局よりお知らせ致します。
2. 受講費用77万円（税込み）のうち、申込金（10万円）支払い後の残金67万円の振込期限は、当局より直接ご連絡いたします。お支払い方法について何かご相談（分割）等ございましたら、事務局までご連絡ください。
3. 受講費用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、受講費用の返済は致しませんのであらかじめご了承ください。
4. ご相談等がございましたら　　**受講料振込先**：肥後銀行　子飼橋支店

下記宛までご連絡ください。　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

〒860-0851　熊本市中央区子飼本町4-14　医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院内

TEL:096-343-0377 FAX:096-341-1130 E-mail kirg@itoh-dh.or.jp