

以下、必要事項をご記入の上



Faxにてお申込みください。

Fax : (025) 231-3390

締切:10/20 (木)

お申し込み書

ISOI DGZI-JAPAN Annual Meeting 2022

氏名 (よみがな) _____ (_____)
 所属名称 (医院名等) _____
 メールアドレス _____
 住所 勤務先 _____ 〒 _____ - _____
 自宅 _____
 TEL _____ (_____) _____ - _____
 FAX _____ (_____) _____ - _____

- 会員 歯科医師 歯科技工士 歯科衛生士 コ・デンタルスタッフ
 非会員 歯科医師 歯科技工士 歯科衛生士 コ・デンタルスタッフ

※申し込み希望箇所にレ点を入れてください。
 ※受付可能人数に限りがありますので、お早めの申し込みをお願いいたします。
 ※当日の昼食 (お弁当:500円) 手配をご希望の方は、レ点を入れてください。

<会員>

<非会員>

<お弁当>

学会参加 (Web含む)	<input type="checkbox"/> 歯科医師	20,000円	<input type="checkbox"/> 歯科医師	25,000円	<input type="checkbox"/> 500円
	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	5,000円	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	7,000円	<input type="checkbox"/> 500円
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	5,000円	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	7,000円	<input type="checkbox"/> 500円
	<input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ	5,000円	<input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ	7,000円	<input type="checkbox"/> 500円

天野教授 講演会	<input type="checkbox"/> 歯科医師	無料	<input type="checkbox"/> 歯科医師	5,000円
	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	無料	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	3,000円
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	無料	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	3,000円
	<input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ	無料	<input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ	7,000円

※講演会のみ参加の場合は大会参加費不要、受講料のみお支払いください。(症例検討会の参加も可能です。)

ハンズオン	<input type="checkbox"/> Dr. 猪 子	10,000円
	<input type="checkbox"/> Prof. 山 口	15,000円
	<input type="checkbox"/> Dr. 見 崎	5,000円
	<input type="checkbox"/> Dh. 山 口	3,000円
	<input type="checkbox"/> Dt. 長谷川	3,000円

症例検討会 (会員・非会員)	<input type="checkbox"/> 第1部	無料
	<input type="checkbox"/> 第2部	無料

※席数に限りがありますので、事前申し込みをお願いいたします。

お問い合わせ

国際口腔インプラント学会

本 部 〒104-0061
 東京都中央区銀座6丁目9-8
 TEL : (03) 6280-6360
 事務局 〒950-1105
 新潟市西区ときめき東1丁目20-2
 TEL : (025) 374-7023
 E-mail : isoijimukyoku@gmail.com

※お問い合わせは事務局 (新潟) にて承ります。

合計金額 : _____ 円



お申込みは Fax または Web で...

Fax : (025) 231-3390

会員用



非会員用



※講演内容詳細はHPに順次掲載してまいりますので、ぜひご確認ください。