

# 申込用紙

下記を記入の上、FAXにてお申し込みください。

## — 申込先 —

よしい歯科医院 FAX 0154 - 65 - 7511

振込先：大地みらい信用金庫 鳥取西支店 普通 1124109

口座名：近未来オステオインプラント学会 北海道支部 会計 柏尾 達也

## 参加氏名

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

(会員・非会員 Dr.・スタッフ)

レセプションパーティに参加

振込名 (カタカナで)

振込日

月

日

振込み金額

¥

貴医院名 (所属)

住所

ご連絡先電話番号

FAX 番号 (必ずご記入下さい)

- ・お振込み後、申し込み用紙に必要な事項をきれいに記入の上、FAXをお願い致します。
- ・ご入金、FAXの申し込みをもって登録と致します。登録確認をFAXを返送致しますのでFAX番号を必ずご記入ください。
- ・レセプションパーティご参加の方は大会参加費と一緒に振込お願いいたします。
- ・ご入金後の返金を致しかねますのでご了承願います。振込手数料はご負担ください。また振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- ・本学術大会出席によるIPOI学会資格所得および更新用の獲得単位は、20単位となります。

# FAX 0154 - 65 - 7511 (よしい歯科医院)

