

2019年度 第32回北海道地区 口腔インプラント臨床コロキウムFAX申込書

FAX送付先 0125-54-3525

来る11月10日(日)のコロキウムに出席します。

ご診療所名 (大学名)		区分	①NIS会員 ②非会員	①開業歯科医師 ②勤務歯科医師 ③大学在籍歯科医師 ④学 生 ⑤衛生士・助手 ⑥技工士
	フリガナ			区分 No.
ご 芳 名	フリガナ			区分 No.
	フリガナ			区分 No.
	フリガナ			区分 No.
	フリガナ			区分 No.
ご 住 所	〒 TEL ()			

※参加人数が多数の場合にはコピーをしてご利用お願い致します。

月 日に参加費 円を振り込みます

事前申込締め切りは11月6日(水)です。

記入例

NIS 会員の場合 (開業歯科医師)

➔

ご 芳 名	フリガナ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	区分 No.	A	1
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			

記入例

非会員の場合 (衛生士)

➔

ご 芳 名	フリガナ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	区分 No.	B	5
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			

記

●日 時

令和元年11月10日（日）午前8時50分～午後4時30分

●場 所

札幌市中央区南9条西1丁目 TEL (011) 512-9748
ホテルノースシティ

●参加費

《講演会》

開業歯科医師……………事前8,000円／当日10,000円

勤務歯科医師、大学在籍歯科医師……………事前5,000円／当日 7,000円

歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手等、学生（学生証提示）……………3,000円

＜昼食、抄録代を含みます。申込金は返却いたしかねます。＞

★N.I.S会員は無料

●問い合わせ先

永山ファミリー歯科クリニック 森 基

〒007-0867 札幌市東区伏古7条4丁目1-6

TEL (011) 783-5515 FAX (011) 783-5516

E-mail: hal-9000@muji.biglobe.ne.jp（三嶋直之 宛）

●申込方法

裏面申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み頂き、参加費は銀行振込でお願いいたします。

●振込先

北洋銀行 砂川支店（店番062） 普通0570434

口座名 N I S 会計 多比良 昭寛（ニス カイケイ タヒラアキヒロ）

TEL (0125) 54-3510 FAX (0125) 54-3525

★参加者にはサティフィケートが授与されます。

★振込手数料は各自ご負担お願いいたします。