

11月25日 岡山大学鹿田キャンパス Jホール
 国際歯科医療安全機構 学術研修会 申込用紙

ご記入日	2018年 月 日
フリガナ 氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
勤務先	
住所	〒
TEL	
FAX	
メールアドレス	@
職務	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他

書類送付の自宅を希望される方は、自宅住所もご記入ください。

自宅住所	〒
------	---

国際歯科医療安全機構では会員を募集しております。

会員に対して、医療安全に関する情報発信や医療安全の「認定」授与など行っております。

この機会にご入会いただけますようお願い申し上げます。

入会	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 検討するが、今は入会しない
----	--

研修会参加費： 参加費は当日受付にて徴収いたします。

歯科医師・医師	3,000 円
歯科衛生士・助手・歯科技工士・看護師	2,000 円
その他（医療関係者）	2,000 円
学生	無料

入会・年会費： 入会・年会費は当日受付にて徴収いたします。

歯科医師・医師	8,000 円
歯科衛生士・助手・歯科技工士・看護師	4,000 円
学生	2,000 円