

FAX 返信用紙

ご芳名 _____

ご所属（診療所名・学校名など） _____

ご連絡先住所 〒 _____

ご連絡先メールアドレス _____

ご連絡先携帯電話番号 _____

歯科衛生士実務歴 _____ 年

口腔内スキャナー使用経験 あり なし

（ありの方 口腔内スキャナー名 _____ ）

本学会へのご入会 入会する 後日入会する 入会しない

現在会員である

（上記個人情報は、本セミナー関係以外には使用しません）

受講料のお振込み日 令和4年 月 日

（お振込みは、必ず受講者名でお願いします。領収書は振込通知書に代えさせていただきます）

お問い合わせ事項

FAX 送信先 03-3947-8341（学会事務局）