

特定非営利活動法人 臨床器材研究所 主催

## 2022年度日本口腔インプラント学会認定講習会受講申込書

FAX番号：06-6993-3311 メールアドレス：implantseminar@icm.ac

### 【申込み方法】

下記口座に受講料をお振込ののち、本紙に必要事項をご記入のうえFAXにてお送りいただくか、同内容をメールにてお送りください。お振込の際にかかる手数料はご負担願います。

**FAXまたはメールをお送りいただきましてもご入金を確認できない場合には受講受付は成立いたしません。**

お振込いただいた日時の順に受付を確定いたします。受講受付が完了いたしましたら領収証をお送りいたします。

定員を超えてお申し込みいただいた場合には、ご記入いただいた [ご希望の連絡先] にご連絡申し上げます。

**<注意> 受講された時間数が全プログラムの8割に満たない場合には学会規定の受講がなされたものとは見なされず**

**修了証は発行できません。お申し込みの際には日程をご確認のうえ十分ご検討ください。**

**受講受付完了後の受講料返金には応じられません。予めご了承ください。**

**【受講料】 60万円(実習材料費・テキスト代含む) ※分割も可。詳細はお問い合わせください。**

**【受講料振込先】 三井住友銀行 守口支店 普通預金口座 1612862 特定非営利活動法人 臨床器材研究所**

フリガナ ご氏名		ご紹介者 ※1
ご勤務先	〒 Tel E-mail Fax	<input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務
ご自宅	〒 Tel E-mail Fax	ご希望の連絡先 ※2 <input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅
ご出身大学		西暦 年 ご卒業
インプラント 経験	・なし                      ・あり _____年                      総数 _____本位 ・使用インプラント _____ ・インプラント関連の所属団体があればご記入ください	

※1 企業からのご紹介の場合には、会社名とお名前の両方をご記入ください。

※2 ご希望の連絡先にご指定がない場合には、ご勤務先をご連絡とさせていただきます。

ご了承ください。

振込日	年 月 日
振込名義 ※お振込の名義が受講申込み者と異なる場合のみご記入ください	
領収書の宛名 ※受講申込み者と異なる宛名を希望される場合のみご記入ください	

**【お問い合わせ先】 〒570-0035 大阪府守口市東光町1-22-27**

特定非営利活動法人 臨床器材研究所 担当:中西

TEL : 06-6993-1011 / FAX : 06-6993-3311 / e-mail :implantseminar@icm.ac