

一般社団法人 日本歯科人間ドック学会

第23回認定医・ドックコーディネーター（認定歯科衛生士）認定試験

参加申込書

FAX : 03-3947-8341

【登録者氏名】

【性別】  男 /  女

【生年月日(西暦)】 年 月 日

【ご案内送付先】

送付先住所: 〒

上記送付先が勤務先の場合には、勤務先名称:

TEL

FAX

E-mail

【参加区分①】 ●どちらかにチェックしてください

歯科医師 /  歯科衛生士

【参加区分②】 ●どちらかにチェックしてください

日本歯科人間ドック学会会員(会員No. )

非会員

【申込方法】

上記申込書に必要事項をご記入の上、事務局宛にFAXでお送りください。お申込確認後に、受付通知書をお送りいたします。※その後の入金および書類の確認をもって正式な受付完了となります。

申込締切 第23回 2017年12月1日17:00まで

【お問合せ・申込先】

学会事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9駒込TSビル4F(一財)口腔保健協会内

TEL:03-3947-8891 FAX:03-3947-8341 E-mail:gakkai23@kokuhoken.or.jp