

日本デジタル歯科学会主催 日本医用歯科機器学会共催
サマーイブニングセミナー 参加申込書

平成26年8月29日(金) 16:30-20:00
昭和大学歯学部 16号館

ご芳名 _____

所属 _____

連絡先TEL _____

メールアドレス _____

職種 歯科医師 歯科技工士 企業関係 学生

会員 日本デジタル歯科学会
 日本医用歯科機器学会
 非会員

(受講料は、当日受付にてお支払い下さい)

学会入会申込書

今般、下記の学会に入会を申し込みます。

日本デジタル歯科学会 日本医用歯科機器学会

ご住所 〒 _____

* 今回入会を申し込まれた方は、受講料は会員としての
取り扱いをさせていただきます

* 後日正式な入会申し込み書をお送りさせていただきます

FAX送信先: 03-3947-8341