

## 参加案内 重要

本カンファレンスは **ISIMP 会員**、**生田セミナー受講者**で、**事前申し込まれた方のみ**当日ご参加いただけます。**(注：下記に該当する歯科医師、歯科衛生士に限られます。)** 事前申込の方法は、下記に必要事項をご記入の上、研究会事務局 F A X : **0969-24-1801** へ送信して下さい。後ほど参加費の振込先を F A X にてご案内致します。振込確認をもって正式な申込とさせていただきます。

### 国際歯周内科学研究会 第8回秋季カンファレンス申込用紙

**※申込用紙1枚につき1名様**の申込となります。複数でご参加の場合はコピーしてお使い下さい。

#### 《参加費用》

該当に必ずチェック✓して下さい。

- ①国際歯周内科学研究会会員歯科医師 18,360円(昼食付・税込)  
②会員の歯科医院の歯科衛生士 14,040円(昼食付・税込)  
③会員の歯科医院の勤務歯科医師 27,000円(昼食付・税込)

**※会員歯科医院勤務の勤務歯科医師、歯科衛生士は単独での受講も可能です。**

- ④会員以外の生田セミナー受講歯科医師 27,000円(昼食付・税込)  
⑤会員以外の生田セミナー受講歯科医院に勤務する歯科医師および歯科衛生士の同行者 18,360円(昼食付・税込)

**※ A 又は B のどちらか必ずチェック✓して下さい。**

カンファレンス A (歯科医師向け) へ参加する

カンファレンス B (歯科衛生士向け) へ参加する

フリガナ  
お名前

会員 (No ) 非会員 歯科衛生士

該当にチェック✓して下さい。

歯科医院名

歯科医院ご住所 〒

お電話番号

F A X 番号

送信先 FAX 番号 0969-24-1801