

## 《参加案内 重要》

本カンファレンスは研究会会員、又は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：下記該当者に限られます。)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FAX：0969-24-1801へ送信して下さい。後ほど受講票兼振込依頼書をFAXにてご送付致します。振込確認をもって正式な申込とさせていただきます。

### 2018年10月21日(日)第10回秋季カンファレンス申込用紙

#### 《参加費用》

##### 【会員】

- 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 12,960円(昼食付・税込)  
③会員の歯科医院の勤務歯科医師 18,360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。

##### 【非会員】

- 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

##### 【HP】

27,000円(昼食付・税込)

申込日 月 日

該当にチェック✓して下さい。

フリガナ  
お名前

会員 (No ) 非会員 歯科衛生士

歯科医院名

歯科医院ご住所 〒

お電話番号

FAX番号

同行者名(フリガナ)

歯科医師 スタッフ

歯科医師 スタッフ

送信先 FAX 番号 0969-24-1801