申　込　要　項

申込締切日　：　定員になり次第、締め切らせていただきます。　お早めにお申し込み下さい。

1）下記の受講申込書に必要事項をご記入のうえ、FAX又は、郵送にてお申し込み下さい。

2）事務局より折り返し、FAXにて受講の可否を連絡致します。
※2、3日たっても事務局から連絡のない場合は、FAXの送受信エラー等により申込書が届いていない可能性がございます。お手数をおかけ致しますが、その際は事務局までお電話下さい。

3）受講が確定致しましたら、受講料金の振込先をご案内致します。
※ご入金後のキャンセル及び受講料金の返金は致しかねますのでご了承下さい。

4）入金確認後、領収書兼受講票を送付致します。

5）セミナー開催日の1週間から10日前に、持物、タイムスケジュール等を送付致します。

お問い合せ先 お申し込み先	**日本大学歯学部同窓会**	〒101-8310　東京都千代田区神田駿河台1-8-13 TEL. 03-3294-2787　FAX. 03-3294-2800

【ＦＡＸ　受　講　申　込　書】

キ リ ト リ 線

受講申込書

氏　　名			
ローマ字			
所属	該当箇所に☑をお願いします ☐ 日本大学歯学部卒後5年以内（学部61回～学部65回）　[　　回] ☐ 日本大学歯学部同窓会会員　[　　回] ・ 特別 ・ 推薦 ☐ 他大学卒歯科医師　①本学在籍で卒後5年以内の方 所属講座/教室名（　　） 出身校（　　/平成　　年3月卒） ☐ 他大学卒歯科医師　②上記以外の方　（出身校名　　）		
連 絡 先	〒 診療所名称		
ＴＥＬ		ＦＡＸ	
e-mail			

○早期申込　セミナーの1ヶ月前までの入金の場合は上記金額より¥2,000割引

3
歯周外科

←　○を付けて下さい。

※FAX（03-3294-2800）又は郵送にてお申し込み下さい。