**認定講習会及び研修会 参加申込書**

**→　FAX　　：03‐3919‐5114**

**→　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp**

参加申込締切日：1月21日（水）

**該当する箇所に○印をつけていただき、必要事項をご記入の上、上記FAX番号またはE‐mailアドレスまでご送信下さい。**

**■平成27年1月25日(日)の認定講習会及び研修会に**

|  |  |
| --- | --- |
| **［出席する］** | **［欠席する］** |

**■当日は、昼食を用意させて頂きます。ご希望の箇所に○印をお願い致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **昼 食** | **［　要　］ ／　 ［　不要　］** |

**■以下にお名前と貴院名をご記入下さい。**

**お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院名**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**[お問合わせ先]**

〒114‐0002　東京都北区王子2‐26‐2　ウェルネスオクデラビルズ3F　オクデラメディカル内

東京形成歯科研究会　事務局

TEL：03‐3919‐5111　／　FAX：03‐3919‐5114　／　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp