

8月25日（日）開催

2024年度 第5回 TPDS 主催 JSOI 認定講習会「参加申込書」

※TPDS：（一社）東京形成歯科研究会 ※JSOI：（公社）日本口腔インプラント学会

（一社）東京形成歯科研究会 事務局 行

※必要事項が認識できれば「参加申込書」を利用しなくて結構です。Email 本文にその旨を記載して下さい。

送信先 E-mail : info@tpdimplant.com または FAX : 03-3919-5114

参加申込締切日 2024年 **8月20日（火）12:00（正午）**

該当箇所の左欄に○印をつけ、必要事項をご記入の上、上記「E-mail」または「FAX」までご送信下さい

参加者区分

<input type="checkbox"/>	東京形成歯科研究会会員	<input type="checkbox"/>	TPDS 主催 JSOI 認定講習会 受講生
<input type="checkbox"/>	特定細胞加工物製造施設・ 再生医療等提供機関 管理者	<input type="checkbox"/>	一般（上・左記以外）

2024年8月25日(日)のTPDS 主催 JSOI 認定講習会を

<input type="checkbox"/>	受講（参加）する	<input type="checkbox"/>	受講（参加）しない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

2024年8月25日(日)の実習（Hands-On）に

<input type="checkbox"/>	参加する ※「TPDS 主催 JSOI 認定 講習会受講生」は実習への参加は必須です	<input type="checkbox"/>	参加しない（聴講のみ希望） ※TPDS 会員で、受講（参加）申込者が対象となります
--------------------------	--	--------------------------	---

参加形式について ※“対面形式”での参加は、定数を超えた場合は受講生を優先させていただきます

<input type="checkbox"/>	対面形式	<input type="checkbox"/>	オンライン（ZOOM）形式
--------------------------	------	--------------------------	---------------

昼食（対面にて参加の場合）※当日は昼食をご用意いたします

<input type="checkbox"/>	要	<input type="checkbox"/>	不要
--------------------------	---	--------------------------	----

お名前と貴院名をご記入下さい

<input type="checkbox"/>	お名前	<input type="checkbox"/>	貴院名
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

住所・TEL・E-mail をご記入下さい

※ 東京形成歯科研究会 会員、TPDS 主催 JSOI 認定講習会受講生、再生医療等提供機関 管理者の方は記入不要

<input type="checkbox"/>	〔住所（フリガナ）〕 〒	<input type="checkbox"/>	TEL	
		<input type="checkbox"/>	E-mail	

■ 複数名の参加をご希望の方は、以下に「○」を付けて下さい。事務局より折り返しご連絡致します。

<input type="checkbox"/>	複数名の参加を希望する
--------------------------	-------------

■ フリースペース※連絡・質問事項等をご記載下さい。

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--