**2015年度 第3回 再生医療 血液臨床応用 国際特別講演会**

**[“Hands On／LIVE OPE”及び“懇親会”参加　申込書]**

送信先　→　F　A　X　：　03‐3919‐5114

送信先　→　E‐mail　：　okudera@carrot.ocn.ne.jp

お申込締切日：平成27年11月30日（月）

下記・必要事項をご記入の上、上記FAXまたはE‐mailまでご送信下さい。

■以下のご希望の箇所に「○」を付けて下さい。

○12月12日(土曜日) **[ Hands On ]**に参加しますか？

|  |  |
| --- | --- |
| Yes | No |

○12月12日(土曜日) **[ 懇親会 ]**に参加しますか？

|  |  |
| --- | --- |
| Yes | No |

○12月13日(日曜日) **[ LIVE OPE／講演会 ]**に参加しますか？

|  |  |
| --- | --- |
| Yes | No |

●以下にお名前、貴院名をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 〔お名前(ふりがな)〕 | 〔貴院名〕 |

●以下に住所・TEL・FAX・E-mailをご記入下さい。尚、東京形成歯科研究会の会員の方は、記入しなくて結構です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔住所〕〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| 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。別途、事務局より折り返しご連絡させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 複数名の参加を希望する | 複数名の参加を希望しない |

〒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　　（一社）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