**TPDS主催公開講習会　2017年度 第1回**

**“LIVE OPE”“懇親会”「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

**送信先**　**E‐mail：**[**okudera@carrot.ocn.ne.jp**](mailto:okudera@carrot.ocn.ne.jp)または　**FAX：03‐3919‐5114**

**参加申込締切日**　2017年**4**月**17**日（月）**12：00（正午）**

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・送信先 “E‐mail”または“FAX”までご送信下さい。

■参加者区分：該当する区分に○印をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TPDS主催JSOI認定講習会 受講生 | TPDS会員 | 一般参加者 |

■平成29年4月21日(金)のTPDS主催**“LIVE OPE”**を（に）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ［受講（参加）する］ |  | ［受講（参加）しない］ |

■平成29年4月21日(金)のTPDS主催**“懇親会”**に

|  |  |
| --- | --- |
| ［参加する］ | ［参加しない］ |

■以下にお名前と貴院名をご記入下さい。

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院名

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

●以下に住所・TEL・FAX・E-mailをご記入下さい。**尚、TPDS主催JSOI認定講習会 受講生並びに東京形成歯科研究会会員の方は、記入しなくて結構です。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔住所（フリガナ）〕  〒 | 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 |