**8月24日（日）開催**

**2025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**　2025年**8**月**18**日（月）**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

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

* 2025年8月24日(日)のTPDS主催JSOI認定講習会を

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

* **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頂きます

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 対面形式 |  | 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 要 |  | 不要 |

* お名前と貴院名をご記入下さい

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | 貴院名 |
|  |  |

* 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔住所（フリガナ）〕  〒 | TEL |  |
| E-mail |  |

* 複数名の参加をご希望の方は、以下に「○」を　　 ■フリースペース※連絡･質問事項等をご記載下さい。

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

付けて下さい。事務局より折り返しご連絡致します。