**10月19日（日）開催**

**2025年度　第1回TPDS主催 DHセミナー「参加申込書」**

※TPDS：（一社）東京形成歯科研究会　　※DH：Dental Hygienist　歯科衛生士

（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**10**月**3**日（金）**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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 歯科衛生士　正会員A |  | 歯科衛生士　正会員B |
|  | 歯科衛生士　非会員 |  | 歯科医師　会員 |

* 2025年10月19日(日)のTPDS主催 DHセミナーに

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

* お名前と勤務先貴院名をご記入下さい

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

* 住所・TEL（FAX）・E-mailをご記入下さい

**※ 勤務先　歯科医師の所属が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の管理者の方は記入不要**

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

■フリースペース※連絡･質問事項等をご記載下さい。