**[　2020年度JSOI各種認定試験\_受験予定申込書　]**

（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**または**FAX：03‐3919‐5114**

**申込締切日**　　2020年**6**月**15**日（月）

■以下、受験予定の箇所に「〇」を付けて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~指導医~~ | ~~専門医~~ | 専修医 | ~~ケースプレゼンテーション試験~~ |

■お名前、貴院名をご記載願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）お名前 |  | 貴院名 |  |

〒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