2024年度　新潟大学×東京形成歯科研究会\_共同研究

**第1回“実験・講義”「参加申込書」**

（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」を利用しなくても結構です。

**送信先**　**E‐mail：**[**info@tpdimplant.com**](mailto:info@tpdimplant.com)または**FAX：03‐3919‐5114**

**参加申込締切日**　2024年**6**月**12**日（水）**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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 東京形成歯科研究会会員 | 東京形成歯科研究会 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（左記以外） |

※JSOI＝（公社）日本口腔インプラント学会

■2024年7月7日(日)の“実験・講義”に

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

■参加形式について、下記のいずれかに「 ○ 」を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対面形式（会場:新潟大学）で参加する | オンライン（Zoom）形式で参加する |

■**対面**にて参加の場合：当日は、昼食を用意させて頂きます。ご希望の箇所に○印をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 昼　食（弁当） | ［　要　］ 　　　／　 　 ［　不要　］ |

■2024年7月6日(土) 新潟大学内“ゲストハウス”への宿泊を

|  |  |
| --- | --- |
| ［　希望する　］ | ［　希望しない　］ |

※状況により、ご希望に添えない場合がございます。

■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。**※ 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「○」　　■フリースペース※連絡･質問事項等をご記載下さい。

を付けて下さい。事務局より折り返しご連絡致します。

|  |
| --- |
| 複数名の参加を希望する |