**[参加申込書\_2022年度第一回再生医療カンファレンス合同セミナー]**

一般社団法人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**

**○申込期日：2022年6月1日（水）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。

**※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。**

■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 | 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（左記以外） |

■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”での参加は、コロナ感染予防対策を目的として参加人数を制限し、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（会場:東京大学）で参加する | オンライン（Zoom）形式で参加する |

■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 |

〒114‐0002　東京都北区王子2‐26‐2　ウェルネスオクデラビル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