

平成19年度 日本口腔インプラント学会 認定医申請用教育講座受講申込書

この度はNIS主催 日本口腔インプラント学会 認定申請用教育講座にお問い合わせいただき、誠にありがとうございます。お申し込みの際には、この申込書に必要事項をご記入いただき、顔写真(免許証サイズもしくはデジカメで撮影した画像データ)を同封またはe-mailに添付の上、郵送またはe-mailにて送付いただきますようお願い申し上げます。申込書に記載された事項は、日本口腔インプラント学会に提出し、口腔インプラント学会認定医の受講資格を得るための基礎資料として使用されます。

ふりがな _____
氏 名 _____ アルファベット _____

生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

出身校 _____ 大学

診療所住所 〒 _____ - _____

診療所名

診療所連絡先 Tel _____ fax _____

自宅住所 _____ - _____

自宅連絡先 Tel _____ fax _____

E-mail _____

日本口腔インプラント学会 している(_____ 年入会)・していない

日本口腔インプラント学会認定研修施設に

入会している→NIS その他 入会していない

☆顔写真は運転免許証サイズのもの(2.5cm×3.0cm)のものを1枚 もしくは デジカメで撮影した画像(撮影サイズは任意)をJPEG形式で下記メールアドレス宛に送付して下さい。

郵送される場合 本申込書と顔写真

郵送先 〒068-0027 北海道岩見沢市7条西5丁目20番地1

医療法人柏葉会三嶋歯科医院 北日本口腔インプラント研究会事務局

E-mailにて送付される場合 本申込書(必要事項をテキストデータで添付も可)と顔写真

メール送付先

fileupload@oral-implant.org