## 認定講習会及び研修会 参加申込書

昼 食

→ FAX : 03 - 3919 - 5114	
→ E - mail : okudera@carrot. ocn. ne. jp	
参加申込締切日:4月23日(木)	
該当する箇所に〇印をつけていただき、必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号または E - mail : ドレスまでご送信下さい。	
■以下に参加する歯科医師のお名前と貴院名をご記入下さい。	
お名前	貴院名
■以下に参加する歯科衛生士または 下さい。	歯科助手のお名前と貴院名をご記
	歯科助手のお名前と貴院名をご記
下さい。	1
下さい。	1
下さい。	1

〒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 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

■当日は、昼食を用意させて頂きます。ご希望の箇所に〇印をお願い致します。

[ 要 ] / [ 不要 ]