

## ユニバーサルインプラント研究所 (UIR) 入会手続きについて

ユニバーサルインプラント研究所のホームページより以下の書類をダウンロードし、UIR 事務局まで郵送でお送り下さい。

1. 入会申込書
2. 履歴書
3. (社)日本口腔インプラント学会認定講習会申込書(希望者のみ)

UIR 事務局に書類が届きましたら、郵便払込取扱票をお送りします。  
郵便局にて、お振込みをお願いします。

金額は、下記の通りです。

入会金	20,000 円
年会費	50,000 円
認定講習会費	600,000 円

UIR 事務局で振込が確認できましたら、入会手続き完了となります。  
入会手続きが済みましたら、UIR 事務局から E-mail でご連絡いたします。  
※ 申込書や履歴書に必ず E-mail アドレス (PC 用・携帯電話のアドレスは不可) を記入してください。

尚、一度ご入金された入会金・年会費・講習会費は、如何なる理由がありましても返金いたしませんのでご了承願います。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

-----  
特定非営利活動法人 ユニバーサルインプラント研究所 (略名: UIR)

〒105-0004

東京都港区新橋 1-11-2 鈴木ビル 3 階

TEL/FAX: 03-3573-2360

E-mail: uir@universalimplant.com

研究所ウェブサイト: <http://www.universalimplant.com>

電話お問い合わせ時間: 10:30~13:00、14:00~17:30 (土曜日は 15:30 まで)

定休日: 水曜日、日曜日、祝祭日  
-----

※ 次のページから、入会申込書、履歴書、認定講習会申込書があります。

# 特定非営利活動法人 ユニバーサルインプラント研究所入会申込書

(第1号様式)

ユニバーサルインプラント研究所 施設長殿

私は、(社)日本口腔インプラント学会認定研修施設ユニバーサルインプラント研究所(本部所在地:東京都港区新橋1-11-2 鈴木ビル3階)に入会したく、申込致します。

平成 年 月 日

ふりがな				写真貼付
氏名	⑩			
自宅住所	〒			
自宅電話番号		自宅FAX		
診療所名称				
診療所住所	〒			
診療所電話番号				
診療所FAX				
E-mail				
日本口腔インプラント学会入会日	年 月 日			
日本口腔インプラント学会会員番号				
現在お持ちの資格 (歯科・医師関係のみ)	名称 例:麻酔認定医		取得日 例:平成10年5月	
ここより下はご記入不要です				
会員種別(○をつける)				施設長承認印
正会員・準会員・技工士・衛生士・賛同会員				
会員番号				

# 履歴書(ユニバーサルインプラント研究所専用)

(第2号様式)

ふりがな		申込日	平成 年 月 日
氏名	⑩	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所(UIR から送付物がある場合に使います。送付希望先住所をお書き下さい)			
〒			いずれかに○
			自宅 ----- 診療所
電話番号		FAX	
E-mail			
学歴	昭和・平成 年	大学・大学院 卒業	
学位	昭和・平成 年学位授与		
学位授与論文タイトル			
卒後 研究・ 研修歴	(取得している資格等がある場合はそれも記入してください)		
認定医			
<b>■インプラントに関する略歴■</b>			
<b>■(社)日本口腔インプラント学会認定講習会研修歴■</b>			
平成 年	終了・受講中・受講予定(平成 年頃)・受講予定無		
学会発表歴			
論文発表歴			
主たる研究			
臨床歴	骨内法	症例	UIR 入会 動機
	GTR、GBR	症例	
	サイナスリフト	症例	
	リッジエクспанション	症例	
	その他	症例	

*Non-Profit Organization Universal Implant Research  
Institute*

特定非営利活動法人 ユニバーサルインプラント研究所  
(社)日本口腔インプラント学会指定研修施設

(社)日本口腔インプラント学会  
認定講習会受講申込書

特定非営利活動法人ユニバーサルインプラント研究所  
施設長 星野 清興 殿

私、\_\_\_\_\_は、特定非営利活動法人ユニバーサルインプラント研究所が開催します、(社)日本口腔インプラント学会認定講習会(平成 年度)の受講申し込みを致します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(注)認定講習会費は如何なる理由があろうとも返金致しませんのでご了承の上、ご署名捺印を願います。