＊該当事項を記入して申請書類をご送付ください。（ＦＡＸまたはメール可）

口腔医科学会事務局　ＴＥＬ＆ＦＡＸ０３－５５６８－５６３８

Mail:enomoto@kokoroni.com（榎本）

事前申し込み表

	出席	欠席
受講者名 漢字： フリガナ： 英文表記：		
診療施設名 ＊複数の場合それぞれ記載してください。		
連絡先 郵便番号： 住所： メールアドレス： 電話番号： FAX 番号：		
OMS　ID： UIR　ID： 非会員　新規入会希望：　　有　　無 受講のみ希望		
認定施設指定申請 ・希望　　・希望しない **認定証発行事務手数料は、２０，０００円となっています。**		

※　総会事前準備の都合によりあらかじめ必要事項を記入の上、ご返送下さい。