

# TDC 卒後研修セミナー2011 受講申し込み書

① セミナーNo. に✓をお付け下さい。複数の記入可能です。

同窓会フォーラム	<input type="checkbox"/>	フォーラム	2月20日
イブニングセミナー	<input type="checkbox"/> No.1	ipad	3月24日
実習セミナー	<input type="checkbox"/> No.2	TBI	4月24日
ディスカッション	<input type="checkbox"/> No.3	義歯	6月26日
イブニングセミナー	<input type="checkbox"/> No.4	スタンダード	9月 8日
実習セミナー	<input type="checkbox"/> No.5	咬合育成	11月27日
インプラントセミナー	<input type="checkbox"/>	マスターコース	5月～10月

② ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

③ 住所〔日中連絡がとれる電話番号の前に◎をお付け下さい〕  
〈自 宅〉

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
〈診療室〉

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

④ 職種  
歯科医師（卒業大学 \_\_\_\_\_ ・卒業年度 \_\_\_\_\_）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑤ 過去の本セミナー受講経験  
（初めて・経験あり）

上記必要事項を記入の上、投函もしくは表  
記同窓会事務局へFAXしていただきますと、  
事務局より受付票および振込用紙を送付い  
たします。

優待割引券

貼付

（FAX番号 03-3264-4859）