

# 平成21年度 社団法人日本口腔インプラント学会 認証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 認証医申請用教育講座にお問い合わせいただき、ありがとうございます。お申し込みの際には、この申込書と受講費納入についてと題した用紙に必要事項をご記入いただき、顔写真を同封または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、社団法人日本口腔インプラント学会認証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。名前のアルファベット表記はサーティフィケート発行の際に必要です。必ずご記入のほどお願い申し上げます。

ふりがな \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Last(Family) \_\_\_\_\_  
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 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ☆faxは優先送信先に□にチェックマークを入れて下さい。

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 \_\_\_\_\_ 連絡はfaxよりメールの方が良い場合はチェック

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用(2.5cm×3.0Cm)サイズか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。(デジカメの通常の保存形式です)

郵送される場合 本申込書と顔写真

郵送先 〒068-0024 北海道岩見沢市4条西4丁目1番地

医療法人柏葉会三嶋歯科医院

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 webmaster@oral-implant.org

問い合わせ先：北日本口腔インプラント研究会 大坂博幸

tel 0126-22-0608 fax 0126-22-0689(問い合わせは出来るだけメールかfaxでお願いします)