東北大学病院主催　平成29年度歯科医師臨床研修指導歯科医講習会

参　加　申　込　書

申込年月日　平成29年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設 | 名　称大学の場合、分野・科名も記入 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 参 加 者 | 氏　名 |  |
| ふりがな |  |
| 職　名院長、勤務医、助教など |  |
| メールアドレス |  |
| 性　別 | 男性・女性 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 |
| 歯科医師免許取得年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 |
| 臨床経験年数 | 　　　　　年 |
| 宿泊申込 | 主催者側で下記宿泊施設を確保していますので必要な方はこちらでお申し込みください。ホテルグリーンライン（仙台市青葉区支倉町1-20　講習会会場から徒歩5分　Tel: 0120-708-311）　１泊 8,100円＋朝食 800円＝8,900円 |
| 宿泊を申し込む宿泊日に○ | ・２月２３日（金）・２月２４日（土）12月5日以降のキャンセルはご遠慮ください。 |