

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○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2月23日(金)</li> <li>・ 2月24日(土)</li> </ul> 12月5日以降のキャンセルはご遠慮ください。