認定医・指導医　認定医試験・認定講習会参加申込書

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

取得単位　　14 単位
参加費　　16,000 円

参加費　振込先

郵便局の窓口や ATM からゆうちょ銀行口座への振込	他の金融機関口座→ゆうちょ銀行口座への振込
ゆうちょ銀行　記号　番号 *10900　4786311* 一般社団法人　日本総合口腔医療学会	ゆうちょ銀行　*[店名]* 〇九八　*[店番] 098* *[預金種目]*　普通預金　*[口座番号]*　*0478631* 一般社団法人　日本総合口腔医療学会

※　お振込の際はお手数ですが個人名でお願いします。

参加申込書送付先

FAX でのお申込み：　045-785-3310
郵送のお申込み：〒236-0031　横浜市金沢区六浦 5-1-16　日本総合口腔医療学会事務局

※ 認定講習会費（16,000 円）の郵便振替払込み受領証のコピーを貼付してください