**第36回 日本スポーツ歯科医学会認定研修会申込書**

**（当日受付）**

|  |
| --- |
| 氏名  　（ふりがな　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 修了証送付先（該当する項目に☑印）　　　□勤務先　　　　□自宅 |
| 領収書のあて名　□名前　□勤務地名　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  ご希望を記載ください |
| 送付先住所　〒  （勤務先名称）  連絡先 　TEL： 　　FAX： |
| 会員区分　該当する項目に○印  **※ 修了証をお渡しするのは本学会会員に限ります。なお、研修会当日の入会手続きも可能です。**  **※当日受付の方は修了証を後日郵送致します。**  【　会員 ・ 非会員（当日までに入会予定）　・　非会員（入会せず聴講希望）　】  資格区分　該当する項目に☑印  □ 参加費 10,000円：歯科医師（JASD会員）  □ 参加費 5,000円：歯科衛生士・歯科技工士・学生他（JASD会員）  □ 参加費 12,000円：歯科医師（非会員）  □ 参加費 8,000円：歯科衛生士・歯科技工士・学生他（非会員） |