

## 卒後研修受講者募集のご案内

1. 研 修 時 間 午前10時～午後5時
2. 申 込 期 間 2019年4月8日(月)～5月17日(金)まで ※定員超過の講座は抽選。定員未満の講座は6月3日(月)まで申し込みを受付けますので、お問合わせ下さい。
3. 申 込 方 法 本会ホームページ [東京都歯科医師会](#) [検索](#) の「イベント」の「参加申し込みフォーム」よりお申し込み下さい。または、下記申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。
4. 費 用 受講料(1講座につき) 本会正会員・準会員10,000円/非会員50,000円  
実習材料費(各講座別に異なります)
5. 支 払 方 法 本会から、受講料および実習材料費の払込票を当選(開催)通知と併せて送付しますので、コンビニより6月21日(金)までに必ず納入下さい。(振込み手数料は本会負担のため無料)
6. 受 講 取 消 当選後は、取消しができません。欠席の場合でも受講料および実習材料費を負担いただきますのでご了承下さい。欠席する場合、以下のお問合せ先にご連絡下さい。
7. 日 歯 生 涯 研 修 一日受講した場合、特別研修(10単位)に加え受講研修(12単位)に該当します。
8. 昼 食 原則、昼食の用意はありません。ランチオンセミナー付きの講座については、昼食の用意がありますので、卒後研修実施内容及び当選(開催)通知をご確認下さい。
9. お 問 合 せ 先 公益社団法人 東京都歯科医師会・学術担当  
〒102-8241 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館3階  
TEL. 03-3262-1149 / FAX. 03-3262-4199

公益社団法人 東京都歯科医師会・学術担当 行  
FAX. 03-3262-4199

### 2019年 卒後研修申込書

ふりがな			〒      ー
氏 名	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> 非会員	医 療 機 関 住 所	
地 区 <small>(正会員のみ 記入)</small>	歯科医師会		
医療機関 電 話	—      —	医 療 機 関 名	

1. 受講希望の申込番号・開催日をご記入下さい。
2. 申込講座数に制限はありませんが、同一日に複数開講の場合、1講座のみの申し込みとなります。
3. 記載の氏名・所属地区名のみ担当講師に提供し、受講者名簿は研修当日に配布いたします。

	申込番号	開催日		申込番号	開催日
1 講 座	—	月 日	7 講 座	—	月 日
2 講 座	—	月 日	8 講 座	—	月 日
3 講 座	—	月 日	9 講 座	—	月 日
4 講 座	—	月 日	10 講 座	—	月 日
5 講 座	—	月 日	11 講 座	—	月 日
6 講 座	—	月 日	12 講 座	—	月 日