

平成 年 月 日

公益社団法人
日本小児歯科学会事務局 行
(FAX 03-3947-8341)

公益社団法人日本小児歯科学会 セミナー申込書

受講希望セミナー

日時： 平成 年 月 日

会場： _____

御所属 _____

御氏名 _____

TEL/FAX _____

E-mail _____

修了証書 要 不要

(何れかに○をつけてください)

※ 申込書では、1名1セミナーの申込をお願いいたします。2名以上または複数のセミナーをお申込の場合は、本紙をコピーしてご利用ください。

※ 修了証書を希望された先生は、資格申請・更新時にコピーを添付していただきますようお願いいたします。