

**セミナー参加希望の方は、下記申込書にてお申し込みください
なお、会員限定のセミナーとなっておりますので
会員以外の方は、学会への入会が必要となります。**

**申込
方法**

会員様で、セミナー参加希望の方は、下記の参加申込書①の「セミナー参加」にチェックを入れ、非会員の方で、セミナー参加を希望される方は、下記の参加申込書②の「入会+セミナー参加」を選択し、当てはまる職種欄にチェックを入れ、必要箇所を記入しFAXにて送信ください。

- 申込先 一般社団法人 削らない歯学会 事務局 (SDNIコスモ株式会社内)
〒162-0065 東京都新宿区住吉町1-23 サンメゾン大谷203号
TEL:03-6380-6720 FAX:03-6380-6645
公式サイト: <https://amott.jp> E-mail: info@amott.jp
- 振込先 みずほ銀行 四谷支店 普通 1389085<SDNIコスモ株式会社>

<参加申込書> 申込日: 2019年 月 日

※どちらかに☑を入れてください。

- ① セミナー参加 (会員様) 一律 15,000円
- ② 入会+セミナー参加 (非会員様) 15,000円のセミナー代の他、入会金・年会費がかかります。
ご希望の方は、当てはまる職種欄に☑を入れてください。
- | | | | |
|--------------------------------|-----|-------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 歯科医師 | 入会金 | 10,000円/年会費 | 20,000円 |
| <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | 入会金 | 3,000円/年会費 | 5,000円 |
| <input type="checkbox"/> 歯科技工士 | 入会金 | 3,000円/年会費 | 5,000円 |
| <input type="checkbox"/> その他 | 入会金 | 3,000円/年会費 | 5,000円 |
- ③ 必要事項を記入し、FAX送信 (03-6380-6645) もしくは、info@amott.jpまでご送信ください。
- ④ 指定された銀行口座に会費をお振込みください。
- ⑤ お申し込み後、事務局よりご連絡させていただきます。

<お名前>

<歯科医院名>

<ご住所>

<TEL/FAX>

<E-mail>

※お申し込みいただきましたら、事務局よりご連絡させていただきます。
もし、申し込み後に連絡がない場合には、ご面倒ですが、事務局 (SDNIコスモ株式会社) までご連絡ください。