

筒井塾コース受講申込書 ①

申込日 年 月 日

受講希望コースの□に✓印を付けてください。なお、コースによってはご希望の開催日・受講形式に○を付けてください。

包括歯科臨床コース^(注) (2018年・2019年)

オブザーバーとして参加

歯周外科アドヴァンスコース(2018年 隔年開催)

咬合療法ベーシックコース (2018年東京・2019年神戸)

オブザーバーとして参加 同伴スタッフとして参加

咬合療法ベーシックコースは講義のみです(実習は中止になりました)。代わりに「歯牙移動を含めた咬合療法アドヴァンスセミナー」および「スプリントアドヴァンスコース」にて実習を行います。実習をご希望の方はこちらを受講ください。

歯牙移動を含めた咬合療法アドヴァンスセミナー^(注) (2018年)

・ご希望の開催日に○を付けて下さい【前半 神戸 **満席**・後半 東京】

スプリントアドヴァンスコース (2018年)

・ご希望の開催日に○を付けて下さい【7月 福岡・9月 東京】

矯正ベーシックコース

力のコーディネーター認定コース (2018年)

・受講済みコース名 ()

※フリガナは必ずご記入下さい

※ローマ字(ブロック体)でフルネームでご記入下さい

フリガナ

お名前： (男・女) Name：

ご連絡先(勤務先・開業先・ご自宅 ※いずれかに○をつけて下さい)

職種 ※いずれかに○をつけて下さい

医院名など：

歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手・受付・他

ご住所： 〒 -

TEL： FAX：

メールアドレス：

勤務先または開業先にご連絡を希望される方は、技工所・医院名もご記入下さい。ご連絡先が変更になった場合はお手数ですが必ず筒井塾までご連絡をお願い致します。

(注) 包括歯科臨床コース、歯牙移動を含めた咬合療法アドヴァンスセミナーは、申込金10万円のご入金をもって受付完了、スプリントアドヴァンスコースは、受講料のご入金をもって受付完了といたします。申込金の払い戻しはいたしません。

振込先：西日本シティ銀行 折尾支店 普通口座 1919392 株式会社筒井塾