

東京都女性歯科医師の会 平成 25 年度 秋の学術講演会・懇親会

該当する□に✓をご記入ください。

講演会 出席 欠席
懇親会 出席 欠席

■ ご家族やご友人をお連れの方は以下にご記入ください。

お名前	ご関係	該当するものに○をおつけください。
	家族・その他	研修医・学生・非会員・小学生・乳幼児
	家族・その他	研修医・学生・非会員・小学生・乳幼児
	家族・その他	研修医・学生・非会員・小学生・乳幼児
	家族・その他	研修医・学生・非会員・小学生・乳幼児

■ 託児ご希望の方は以下にご記入ください。

ご利用人数 _____ 名 お子様のお名前 _____ (歳 カ月)

_____ (歳 カ月)

ご利用時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

■ 会員氏名 _____

■ ご住所・ご連絡先（※必ずご記入ください。）

〒 _____

Tel _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

■ 出席される方は該当する□に✓をご記入ください。

講演会 会員および家族 2,000 円 非会員 4,000 円 研修医・学生 無料
懇親会 一律 4,000 円 (小学生まで 2,000 円、但し小学生未満無料)

計 _____ 円

*当日入会いただければ会員料金にて受講できます。会費は当日に集めさせていただきます。
ご連絡、ご意見等がございましたらご記入ください。

このチラシ(本紙)を当日ご持参ください。

事務局へ FAX にてお送りください。[事務局] (医) 高慈会 高野歯科クリニック

FAX 03-3601-2543