

東京都女性歯科医師の会
平成26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○	お名前	ご関係	該当するものに○
	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。(費用当会負担) ご利用者には後日担当者より連絡致します。

利用人数 _____ 名 利用時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

お子様のお名前 _____ (歳 力月) _____ (歳 力月)

■ 会員氏名 _____

■ 住所・連絡先(※変更のある方のみ記入)

〒 _____

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 × _____ 名 □ 非会員 4,000 円 × _____ 名

□ 研修医・学生 無料

[懇親会] □ 一律 4,000 円 × _____ 名 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。

■ 講演会参加後の懇親会で、5名以上の同期会を開催する場合、1グループにつき5,000円の補助金をお出します。ご希望の方は□に✓を入れ、代表者氏名を以下にご記入ください。

□ 「同期会」開催補助金希望

代表者氏名 _____ 大学 _____ 期

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