|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望研修会 | 期日  **2025年3月16日（日）14:00-16:00** | | 場所  **愛知医科大学アメニティ棟** |
| 受講者 | 氏名 | | ふりかな |
| 自宅住所 | 〒　　　－ | | 生年月日（西暦）  　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 所属保険医療機関 | 施設名 | | 診療科名 |
| 同上施設住所 | 〒　　　－ | | 電話  　　　　－　　　　－ |
| 連絡先 | メールアドレス | | 自宅電話または携帯電話  　　　　－　　　　－ |
| 下記学会にご入会されている方は，該当欄に〇または✔を入れ，会員番号をご記入ください  いずれにもご記入がない先生は，入会がないものとみなし，受講料は10,000円となります  （いずれかの学会員である場合は8,000円です。） | | | |
| 所属学会（五十音順）  （会員の方は必ずご記入ください。複数の学会に所属している方は1つ記入していただければ結構です） |  | 日本口腔顔面痛学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔外科学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔検査学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔診断学会 | 会員番号 |
|  | 日本歯科麻酔学会 | 会員番号 |
|  | 日本歯科薬物療法学会 | 会員番号 |
|  | 口腔顔面神経機能学会 | 会員番号 |

精密触覚機能検査研修会　受講申込書　(すべて記入して下さい)

個人情報の取り扱いについて，日本口腔顔面痛学会は，

* 受講者の個人情報を研修会の管理運営の目的のみに用います。
* 受講者の個人情報を当人の許可なくその他の目的に用いません。
* 受講者の個人情報を当人の許可なく第3者に譲渡または開示しません。ただし，国、地方公共団体、健康保険法ならびに国民健康保険法の保険者（審査支払を委託された機関を含む）および日本歯科医学会から要請があった場合には，この限りでありません。

上記の内容に同意し，精密触覚機能検査研修会の受講を申し込みます。

年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　氏名