|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望研修会 | 期日  **2018年10月14日（日）10：00-12：00** | | 場所  **大阪警察病院** |
| 受講者 | 氏名 | | かな |
| 自宅住所 | 〒 | | 生年月日（西暦）  　　　　　　・　　　　・ |
| 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 |
| 下記学会に所属の方は，該当欄に〇または✔を入れ，会員番号をご記入ください  **（一般歯科医師優先：どなたでも受講できます）** | | | |
| 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 |

第7回精密触覚機能検査研修会　受講申込書　(すべてご記入下さい)

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