|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望研修会 | 期日**2019年1月17日（木）17:15-19:15** | 場所**大阪歯科大学附属病院** |
| 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（以下の学会員でなくても申込可能です） |
| 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