|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望研修会 | 期日  **2019年7月7日（日）16:00-18:00** | | 場所  **東京医科歯科大学　共用講義室2** |
| 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  記入のない先生は，ご入会がないものとみなし，受講料は10,000円となります  （以下いずれかの学会員でなくても申込可能ですが、歯科麻酔学会会員の先生から優先的に受付いたします。歯科麻酔学会会員で定員に達しなかった場合に会員以外の先生を申込順で受付いたします。） | | | |
| 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 |

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