神経障害性疼痛関連歯科学会合同シンポジウム 2022

受講申込書

すべて記入し、メールに添付して事務局へ送信ください。

メール送信先：jsop\_seminar@onebridge.co.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 | 氏　名 | ふりかな |
| 所属機関名 | 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 | 携帯電話 |
| 下記学会の会員の方は，空欄に印（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。学部学生の方は、以下に印を入れず、申込メールに学生証のコピーを添付ください。　　　　　　　　　　　↓に○もしくは✓ |
| 所属学会（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 |
|  | 口腔顔面神経機能学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔外科学会 | 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 |

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セミナー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。

一般社団法人　日本口腔顔面痛学会