NPO 法人日本歯科放射線学会 　「准認定医ステップアップ講習会」

参加申込書

以下の項目をご記入ください。

この参加申込書と受講料振込控を添付して、E-mail（jsomr@onebridge.co.jp）でお申込みください。。E-mailの件名には「ステップアップ講習会申込」とご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1)  | お名前 | 　　　　　　　　　　 |
| (ふりがな) |
| 2) | 勤務先 |  |
| 3) | ご住所 | 〒　　　　- |
|  |
| 4) | E-mailアドレス | ※Zoom URLをお知らせします。 |
| 5) | 電話番号 |  |
| 6) | Ｆax番号 |  |

※事前に振込を完了しないと受講できません。

振込先：　みずほ銀行　深川支店（普通）1764423　　特定非営利活動法人日本歯科放射線学会

※お申し込みいただいた受験料の返金はできませんのであらかじめご了承ください。