

ポストグラデュエートセミナー申込書

受講希望テーマ <small>(御希望のテーマに丸を付けて下さい)</small>	No.	1	2	3	4	5	年間会員
氏 名	フリガナ						
	漢字						
住 所	〒						
電話番号							
FAX 番号							
出身大学名							
卒業期 <small>(卒業年度)</small>							

※九歯大同窓会正会員医院勤務者の方はこちらもご記入ください

勤務医院名		
院長名	(卒業期)

上記に全てご記入頂き、下記までFAX下さい。

FAX・093-592-3632

宛 先

九州歯科大学同窓会事務局

〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴 2-6-1
 TEL / 093-561-5077 FAX / 093-592-3632
 E-mail / kdu-jimu@kyushi-doso.jp



こちらからも
申込み可能です。

ホームページ <http://kyushi-doso.jp>

九歯大同窓会

検索

●受講料の納入をもって参加登録となります。受講料の返金は致しませんので、ご了承下さいますようお願い致します。



九州歯科大学同窓会主催

KYUSHU DENTAL UNIVERSITY ALUMNI ASSOCIATION POST GRADUATE SEMINAR

2018 年度 ポストグラデュエートセミナー

