

女性歯科インプラントアカデミー入会申込書

Women Dental Academy for Implantology (略称: WDAI)

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

申込日：西暦 年 月 日

姓 (Family name)	名 (First name)
氏 名	
ローマ字	
生年月日	1 9 年 月 日

連絡先	1. ご所属先	2. ご自宅	※連絡先をご指定下さい
-----	---------	--------	-------------

■ご所属先情報

所属先 名 称	
〒	
ご住所	
TEL :	FAX :
E-mail :	

■ご自宅情報 (連絡先がご所属の場合は任意)

〒	
ご自宅	
TEL :	FAX :
E-mail :	

職 種	職業： ☐ 開業医 ☐ 勤務医 ☐ 大学／病院所属医 ☐ オーナー技士 ☐ 勤務技士 ☐ 大学／病院所属技士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 歯科助手／看護師 ☐ オフィススタッフ	ご案内方法： ☐ E-mail ☐ 郵送																
専 門 分 野	例：インプラント、補綴、保存、歯周病、矯正、口腔外科など																	
年 会 費 お支払い方法	☐ 銀行振込 * WDAI 事務局より上記の住所に 振込案内書をお送りいたします。	☐ クレジットカード * ストロマン・ジャパン株式会社の研修会事務局より 上記の e-mail アドレスに決済案内をお送りいたします。																
手 術 着	●手術着のカラー及びサイズをお選びください。(Tシャツのみ) <table><tr><td>サイズ</td><td>バスト</td><td>肩巾</td><td>着丈</td></tr><tr><td>S</td><td>102</td><td>42</td><td>67</td></tr><tr><td>M</td><td>108</td><td>46</td><td>69</td></tr><tr><td>L</td><td>114</td><td>49</td><td>72</td></tr></table> ☐ ネービー (S / M / L) ☐ ワインレッド (S / M / L) ※手術着の発送は、年会費ご入金確認および在庫状況によりお届け時期が異なる場合がございます。  ロゴマーク 拡大イメージ < ネービー > < ワインレッド >		サイズ	バスト	肩巾	着丈	S	102	42	67	M	108	46	69	L	114	49	72
サイズ	バスト	肩巾	着丈															
S	102	42	67															
M	108	46	69															
L	114	49	72															

* ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき第三者への提供は行いません。なお、セミナー／コースなどのご案内に使用させていただく場合もございます。

事務局へ FAX にてお申し込みください。
後日、お支払い等についてご案内申し上げます。

QR コードからアクセスしウェブサイトから
お申し込み頂く事もできます。



fax.03-3527-3889

WDAI 事務局 〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町 2-21-10 セブンビル 7 階 株式会社インターベント内
TEL : 03-3527-3890 FAX : 03-3527-3889 E-mail : info@wdai.jp URL : www.wdai.jp