

ポストグラデュエートコース 申込書

1名につき1枚の「申込書」をご使用ください。

年 月 日

申し込みは、令和6年4月1日より、ホームページ又は、この申込書に必要事項を記載しFAXしてください。3月末日までの申し込みは、一切受け付けませんのでご注意ください。

 歯科医師

 学 生

いずれかを囲んでください。

受講希望コースに
✓を入れてください。

- 1コース** 2024.8.18 カダバー・サージカル・トレーニングから得られる知識
～歯周外科・インプラント外科に必要な解剖学的知識～
上村 守・牧草 一人
- 2コース** 2024.9.1 インプラントと矯正
～インプラント知識×矯正の知識でステップアップしませんか?～
米澤 大地
- 3コース** 2024.10.27 解剖と機能から考える全部床義歯臨床のポイント
～デンチャーが上手になりたい!～
松田 謙一

氏 名	漢 字				
	英 字				
出 身 校	本 学 卒	大阪歯科大学	専門・大学	回	
	他 大 学 卒		大学	部 年卒	
学 生		大阪歯科大学歯学部		年	
連 絡 先 (常時連絡場所に✓ を入れてください)	<input type="checkbox"/> 勤 務 先				
	住 所	〒	—		
		TEL	()	FAX	()
	<input type="checkbox"/> 自 宅				
	住 所	〒	—		
		TEL	()	FAX	()
	メールアドレス (PC)		@		
	メールアドレス (携帯)		@		

お申し込み方法

- ホームページからのお申込み <https://www.osakadent-dousou.jp/post-contact/>
- ファクシミリでのお申込み 本申込書に必要事項をご記入の上、FAXしてください。
FAX：06-6943-1389

お問い合わせ

大阪歯科大学歯学部同窓会 ポストグラデュエートコース委員会
〒540-0008 大阪市中央区大手前1丁目5番17号
TEL：06-6910-1061 Mail：dousou@cc.osaka-dent.ac.jp

大阪歯科大学
歯学部同窓会
ホームページ

