

お申し込み

ご記入の上、下記まで FAX にてご返送ください

チェックを入れてください

歯学部棟及び病院見学 ご参加

祝賀会 ご出席

*祝賀会はお申し込みがないと、お席をご用意できません。

講演会 ご出席

お弁当（お茶付き、1,000 円） 要 ・ 不要

*会場付近に昼食をとれる場所がありませんので、ご出席の方はできるだけお弁当をご注文ください。

※すべて欠席の方のご連絡は必要ありません。

お申し込み締切 10 月 31 日

ご芳名 _____ (期)

ご勤務先 _____

TEL/FAX _____

送信先 : FAX 095-887-4929

〒851-2126 長崎県西彼杵郡長与町吉無田郷2021-4 Tel. 095-887-4919

日野デンタルクリニック 日野直樹(5期)

E-mail : dousoukai@ml.nagasaki-u.ac.jp