

三齒科大学女性協議会主催

第5回女性齒科医師の集い 申し込み書

(この用紙は当日お持ち下さい)

申し込み締め切り:2018年9月30日

フリガナ
お名前

〒

ご住所(勤務先・自宅)

勤務先住所ご記入の方は勤務先名をご記載下さい。

勤務先名

電話(勤務先・自宅)

携帯

メールアドレス

出身大学

回生・期

お子様をお連れになりたい方は事前にご連絡ください。ご相談させていただきます。

FAX申し込み先(出身大学にお申し込み下さい)

愛知学院大学歯学部同窓会事務局

052-763-1777

朝日大学歯学部同窓会事務局

058-327-1984

松本歯科大学校友会事務局

0263-54-1087

日時:2018年11月25日(日)

10:30~15:30(10:00~受付)

会場:東海東京証券オルクドールサロン
名古屋ビルヂング33F

上記以外の大学の方は

愛知学院大学歯学部同窓会事務局へ
お申し込み下さい。

当日の緊急連絡先

080-2620-7950(岡田)

* 当日配布の参加者名簿には、氏名・出身大学・卒業回生・期のみ記載します。

* 会場へは名古屋駅直結ダイナードから名古屋ビルヂングB1エスカレータ
を使用しての1ヶ所のみとなります。