

関東支部 力のコーディネーター一部会 第4回勉強会

この会は、咬合療法に携わる「コデンタルの為の勉強会」です。「講習会」ではなく「勉強会」です。参加されるすべてのスタッフの皆さんが何らかの形で参加して考え、質問や発言をする自主的勉強会です。日々の臨床や業務の中で 今さら聞けない疑問や悩みがある方、知識を身に付けたい方、スキルアップしたい方、興味がある方など、咬合療法に携わる皆様と「共に勉強」をしていきたいと思っております。第4回は、西林先生のお話とコデンタルスタッフ2名の発表、写真の撮り方、ディスカッション等、皆さんが発言しやすい勉強会を目指したいと思います。

ご参加をお待ちしております。

日時 2018年3月25日(日) 10:00~16:00(9:30受付開始)
場所 新東京歯科衛生士学校604教室 大田区大森北1-18-2 JR大森駅東口
当日の連絡先 清村 080-1161-7164 岩崎 090-8377-3706 中村 090-2756-1629
内容 西林先生のご講演、DH2名発表、写真(口腔内、顔貌、全身)の撮り方(可能であれば事前に写真を撮ってきてもらいます)、ディスカッション
会費 関東支部会員、コデンタル会員(・医院で・個人で) 0円/人(年会費納金済みの方)
関東支部以外の会員 DR、非会員 3,000円/人
*会費は会場費、備品費、連絡・通信費、資料代 事務代行費 他様々な用途に使用されます
*会費は当日払い、お釣りのないよう宜しくお願い致します
*会員資格 納金等のお問い合わせは 咬合療法部会事務局(小林)へ電話 03(6826)8099
*お弁当はございません 各自持参
*ゴミは各自持ち帰り、勉強会終了後は 全員で会場を掃除します
運営スタッフはボランティアで活動しています
スタッフの負担を最小限にする方向で運営させていただくことをご理解 ご了承ください
定員 30名(参加者多数の場合はコデンタルを優先させていただく場合がございます、ご了承ください)
申し込み 以下の申し込み項目に記入して咬合療法部会事務局(小林)へFAXしてください FAX 03(3269)8372
*できるだけキャンセルのないように 十分ご確認の上お申し込みください
*申し込み先着順で定員になり次第 締め切りとなります

参加代表者氏名 _____ 携帯番号 _____ ←悪天候等で開催中止の緊急連絡用
連絡先 _____ TEL _____
住所 _____ 歯科医院 FAX _____
↑連絡先が歯科医院でない方は「歯科医院」の文字に×をつけ 連絡可能な住所 TEL FAX をご記入下さい
Mail Address (1つ) _____

(申込み完了後の詳細連絡はメールにて行います 個人でも医院でも結構です、ご記入をお願いします)

参加者合計人数 _____ 人 ・会員 ・関東以外の会員 ・非会員 会費合計金額 _____ 円
参加者全員の氏名をフルネームで 下の余白に記入してください