

臨床に使える酸化療法とは？

10月6日(金) 15時まで



FAXでのお申し込みはこちら
FAX 03-3260-8844

(※) お申込区分 <small>いずれかを、チェック印 ください</small>	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会を希望する (入会と同時に申込) <input type="checkbox"/> スタッフ (スタッフのみの申込はできません) <input type="checkbox"/> 非会員		
ふりがな (※)			
お名前 (※) <small>(フルネーム)</small>			
クリニック名 (※)		役 職	
ご住所 (※)	〒		
TEL (※)		F A X	
E-mail (※)	@		
<small>携帯アドレス不可</small>			
※以下はセミナーと同時に入会された会員の方のみ、かならず記載をお願いします。			
ホームページ上の 会員名簿に記載有無 (○をつける)	記載する ・ 記載しない	英文表記 (○をつける)	M.D.,Ph.D (医学博士) ・ M.D (医師) DMD.,Ph.D (歯学博士) ・ DMD (歯科医師)

(※)印は必須項目です。すべてご記入ください。記入不備の際は、再確認をさせていただく場合や受付できない場合がございます。

(※)お申込受付が完了いたしましたら、事務局よりメールにて入金案内をお送りいたします。(メールアドレス記載必須)

(※)いただいた個人情報は、拒否いただいた時を除き、当会から電子メールなどによる研究会・各種情報提供などに利用させていただく場合がございます。

お問い合わせ先



日本酸化療法医学会事務局 (平日9:30-18:30・土日祝休)

■TEL 03-6909-3345 ■FAX 03-3260-8844

■E-mail info@jsom.jp