

可決	否決
/ /	/ /

No. \_\_\_\_\_



## <近未来オステオインプラント学会認定研修会承認願>

以下の研修会を学会認定研修会として認定頂きたく、ここに申請いたします。

年 月 日

所属支部: \_\_\_\_\_ 支部

申請者: \_\_\_\_\_ ⑩

研修会名称	
実施期間	
講師氏名	
実施内容 (URL又は詳細が掲載されたパンフレットを添付して下さい)	
研修会参加費用	●一般 ●会員
参加定員	
開催場所	
連絡先/TEL/担当者	<連絡先> _____ <TEL> _____ <担当者> _____

### <役員及び事務局記入欄>

会長	学術担当 理事	事務局	研修日数	<備考>
			日	
			単位	
/ /	/ /	/ /	単位	