



TEAM HOKOKAI
SUPER DOCTOR PROJECT[®]
最新根管治療 基礎からトラブル対応まで 1 Day セミナー&ライブ
LECTURE AND LIVE

- ① 最新エンドの基本
- ② エンド成功率を100%にするには
- ③ エンド再治療の勘所



講師 寺内吉継 先生

- 日本大学歯学部卒業
- 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 修了
- 医療法人社団インテリデント CT&米国式根管治療センター (神奈川県大和市) 理事長

日時 平成24年2月26日 日曜日

受付開始 9:30

講演開始 10:00 ~ 17:00

寺内先生のレクチャー終了後 昼食
福岡天神インプラントクリニックに移動後 講演・根管治療ライブ

場所 《講演会場》天神イムズホール 9F
《ライブ》福岡天神インプラントクリニック

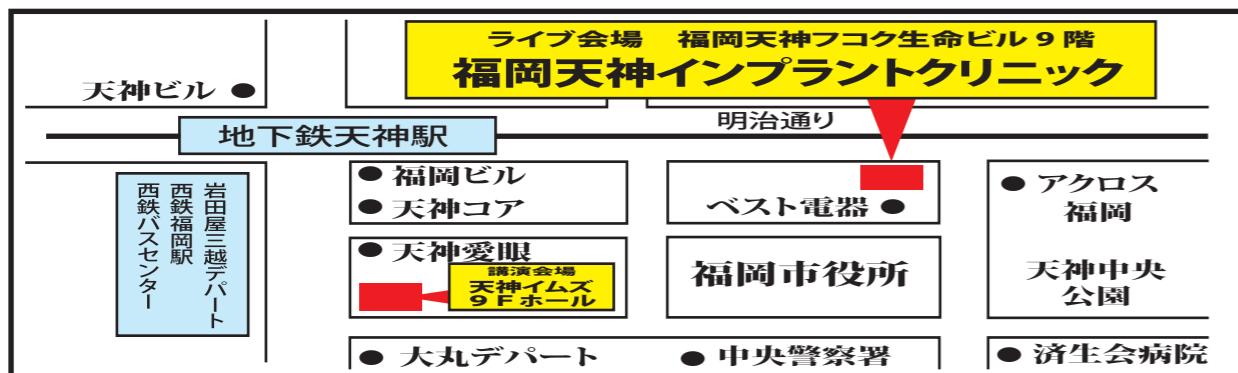
福岡市中央区天神 1-9-17 福岡フコク生命ビル 9F

☎092-738-4618 FAX092-738-6481 mail:tenjinshika@hokokai.com

会費 開業医 50,000円 勤務医 30,000円

額入修了証 筆記道具 昼食 お茶 コーヒー チョコレート キャンディー等は
全て御用意致しております

振込先	西日本シティ銀行 博多駅東 支店
	店番号 236 口座番号 1585696
	名義 TEAM HOKOKAI SUPER DOCTOR PROJECT 代表 加茂 誠 チームホウコウカイスーパードクタープロジェクトダイヒョウカモマコト



ご好評のため、残りわずかとなりました。お申し込みはお早めに。

お申込先

FAX : 092-738-6481

☎ 092-738-6480



福岡天神医科歯科クリニック
福岡天神インプラントクリニック
院長 加茂 誠
mail: tenjinshika@hokokai.com

TEAM HOKOKAI SUPER DOCTOR PROJECT[®] LECTURE AND LIVE
講演会参加申込書

修了証書に御氏名が必要となりますので 正確に御記入下さい

御氏名	男 ・ 女 昭和 年 月 日生 平成		
御氏名 ローマ字			
医院名 又は 勤務先			<input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士
医院住所 又は 勤務先住所	〒		
医院又は 勤務先 電話番号	携帯番号	当院より御連絡させて頂く場合が御座います	
御希望の御連絡方法に✓印を入れて下さい			
<input type="checkbox"/> FAX			
<input type="checkbox"/> E-mail			
御出身校	御卒業期	年卒業	

講演会参加費の振込確認後 FAXかメールで申込完了を通知いたします 振込後のキャンセルは返金できません

振込先	西日本シティ銀行 博多駅東 支店
	店番号 236 口座番号 1585696
	名義 TEAM HOKOKAI SUPER DOCTOR PROJECT 代表 加茂 誠 チームホウコウカイスーパードクタープロジェクトダイヒョウカモマコト

甚だ恐縮に存じますが 診療中につき 御用件は FAX またはメールにて御願い致します

お取引歯科材料店 / 技工所 営業御担当 様