**서울특별시치과의사회 창립 제99주년 기념**

**2024년 국제종합학술대회 참가등록 신청서**

**학술대회 : 6월 8일(토)~9일(일), 전시회 : 6월 7일(금)~9일(일) 장소 : COEX**

 **※ 서울특별시치과의사회 회원은 소속 구회를 통해 신청하시기 바랍니다.**

 **※ 미가입 치과의사는 사전등록이 불가하며, 현장등록만 가능합니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **사전등록****2024년 5월 10일(금)까지** | **구 분** | **등록금** |
|  **치과의사** | **80,000원** |
|  **치과기공사, 치과위생사, 간호조무사, 기타** | **60,000원** |
| - 신청서를 **FAX(02-498-9148)** 또는 **이메일(sda005@sda.or.kr)**로 보내주시고, 아래 계좌로 송금하여 주시기 바랍니다. 하나은행 146-890030-00304 예금주：대한치과의사협회서울지부- 등록 취소 및 환불은 2024년 5월 31일(금)까지 가능하며, 이후 등록 취소와 불참으로 인한 환불은 불가합니다. |

**개인정보 수집 · 이용 동의**

- 개인정보 수집, 이용 목적 : SIDEX 참여를 위해 필요한 본인 확인 및 행사 등 안내(문자, 카카오톡, 본회 기관지 및 뉴스레터)

- 개인정보 수집 항목 : 성명, 면허번호, 이메일주소, 휴대전화번호

- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 보수교육 처리 등을 위해 제공거부 전까지 관련 법령에 의거해 보유됩니다.

 **※ 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있으며, 이 경우 신청이 제한됩니다.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **근무처명** |  | **전화번호** |  |
| **근무처 주소** |  |
| **연번** | **구 분** | **성명(한글)** | **성명(영문)** | **치과의사****면허번호** | **휴대전화** | **등록금** | **서명** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **송금자명** |  | **등록금 합계** |  |

**2024년 월 일**

**서울특별시치과의사회장 귀하**