서울특별시치과의사회 창립 제98주년 기념

2023년 국제종합학술대회 참가등록 신청서

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성 명** | **한 글** |  | | **영 문** |  | |
| **면허번호**  **(치과의사)** |  | | | **소 속**  **(지역)** |  | |
| **근무처 명** |  | | | **휴대전화**  **(필수기재)** |  | |
| **근무처 전화** |  | | | **이 메 일** |  | |
| **근무처 주소** |  | | | | | |
| **※ 안내 문자 및 등을 발송할 예정이오니 정확히 기재 바랍니다.** | | | | | | |
| **사 전**  **등록금** | **2023년 5월 12일(금)까지 (연장등록)**  **(미가입 치과의사는 사전등록이 불가하며, 현장등록만 가능)** | | | | | |
| **□** 치과의사 | | **□** 군의관  **□** 공중보건의  **□** 전공의 | | | **□** 치과기공사  **□** 치과위생사  **□** 간호조무사  **□** 기타 |
| **70,000원** | | **60,000원** | | | **50,000원** |

※ 작성하신 신청서를 **FAX(02-498-9148)**로 보내주시고, 등록금은 반드시 신청인 성명으로

아래 계좌로 송금하여 주시기 바랍니다.

하나은행：146-890030-00304 / 예금주：대한치과의사협회서울지부

※ 위와 같이 2023년 5월 26일(금) ∼ 28일(일) 3일간 개최되는 서울특별시치과의사회 창립 제98주년 기념 2023년 국제종합학술대회 및 제20회 서울국제치과기자재전시회(SIDEX 2023)에 참석하고자 등록금을 첨부하여 신청합니다.

※ 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 개인정보수집 및 활용(SMS, E-mail, 본회 발행 기관지 및 발간물 뉴스레터 등)에 동의합니다.

※ 등록 취소 및 환불은 행사개최 일주일 전까지 가능하며, 이후 등록 취소와 불참으로 인한 환불은

불가합니다.

**2023년 월 일**

**신청인： (인)**

서울특별시치과의사회장 귀하