

2025年度 大阪歯科大学歯学部同窓会
ポストグラデュエートコース 申込書

1名につき1枚の「申込書」をご使用ください。

年 月 日

申し込みは、令和7年4月1日より、ホームページ又は、この申込書に必要事項を記載しFAXしてください。3月末日までの申し込みは、一切受け付けませんのでご注意ください。

歯科医師 **学 生** いずれかを囲んでください。

1コース/2025 6.15
 歯内療法を成功させるためのlogic
 【神戸 良】

2コース/2026 2.1
 これからはじめる先生必見!安全・安心なインプラント治療のために
 ~CTシミュレーションとガイドサージェリーの実習~
 【十河 基文】

CST同窓会特別枠
 歯科医師のためのCSTコース

受講希望コースに✓を入れてください。

氏 名	漢 字			
	英 字			
出 身 校	本 学 卒	大阪歯科大学	専門・大学	回
	他 大 学 卒		大学	部 年卒
学 生		大阪歯科大学歯学部		年
連 絡 先 (常時連絡場所に✓) を入れてください)	<input type="checkbox"/> 勤 務 先			
	住 所	〒 —		
		TEL ()	FAX ()	
	<input type="checkbox"/> 自 宅			
	住 所	〒 —		
		TEL ()	FAX ()	
	メールアドレス(PC)	@		
	メールアドレス(携帯)	@		

お申し込み方法

- ホームページからのお申込み：QRコードを読み込んでお申込みください。
- ファクシミリでのお申込み：本申込書に必要事項をご記入の上、FAXしてください。
 FAX：06-6943-1389



お問い合わせ

大阪歯科大学歯学部同窓会 ポストグラデュエートコース委員会
 〒540-0008 大阪市中央区大手前1丁目5番17号
 TEL：06-6910-1061 Mail：dousou@cc.osaka-dent.ac.jp