



日本口腔インプラント学会認定施設
一般社団法人福岡口腔インプラント研究会
会長 松浦正朗
施設長 大森桂二

第7期福岡口腔インプラント研究会講習会における展示出品、

およびランチョンセミナーのお願い

歯科インプラント関連企業 各位殿

拝啓 貴社ますますご繁栄のこととお喜び申し上げます。

このたび第7期福岡口腔インプラント研究会講習会が2020年4月より開講いたします。講習会は全8回で11月まで行い、インプラント専修医、専門医を目指す歯科医師を30名募集しております。つきましては、各インプラント関連会社様に、展示出品およびランチョンセミナーのお願いをいたたくご連絡させて頂きました。ご協力いただけます場合は、下記内容をご確認の上、FAXにてお申し込みのほど宜しくお願い申し上げます。お申込確認後、事務局よりご連絡させて頂きます。尚、会場の都合上同日に多数のご希望があった場合はご相談させて頂きますのでご了承願います。また同封しております講習会教科書への広告の掲載も合わせてご検討いただければ幸いです。ご不明の点があればご連絡下さい。では、宜しくお願い申し上げます。 敬具

記

1. 費用

展示出品参加費	(土日両日コース)	33,000円(税込)
	(土曜日 半日コース)	11,000円(税込)
	*4/4・11/7の1日のみ参加、は日曜1日コースと同じ料金とさせていただきます。	
	(日曜日 1日コース)	22,000円(税込)
ランチョンセミナー	(4/4・11/7・日曜日開催 1社のみ 20分程度)	22,000円(税込)

2. セミナー会場

福岡SRPセンタービル2F 視聴覚室
福岡市早良区百道浜2丁目1番22号 TEL 092-852-3486

3. 振込先

西日本シティ銀行 シーサイドももち出張所
名義 一般社団法人福岡口腔インプラント研究会
シャ) フクオカコウクウインプラントケンキュウカイ
普通預金 3008306

<お問い合わせ先> 一般社団法人福岡口腔インプラント研究会 事務局 担当 富岡美香

TEL : 092-846-4066

携帯 : 070-1944-6575

FAX : 092-852-3423

E-mail :fira.mb.@gmail.com

展示申込書

貴社名

ご担当者名

(参加人数

名)

TEL

FAX

E-mail

※ご希望日に○をお願いいたします。

講習日	展示希望日	ランチョンセミナー
第1回 (4/4・4/5)		
第2回 (5/16・5/17)		
第3回 (6/6・6/7)		
第4回 (7/4・7/5)		
第5回 (8/22・8/23)		
第6回 (9/5・9/6)		
第7回 (10/3・10/4)		
第8回 (11/7・11/8)		

FAX: 092-852-3423