**顎骨再建とインプラントによる治療指針**

**－広範囲顎骨支持型装置治療マニュアル－**

**会員販売価格購入申込書**

本申込書は下記のいずれかの学会員に限ります。

会員販売価格はおひとり１冊10,000円（税・送料込）となります。

講座・医院等でまとめて購入の場合は、その冊数をご記入ください。

下記の通り申込いたします。

1. 申込者氏名：
2. 所属学会：（お選びください）

□（公社）日本顎顔面インプラント学会

会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（おわかりの方はご記入ください）

　　□（公社）日本口腔外科学会　　　　　　□（公社）日本口腔インプラント学会

　　□（一社）日本顎顔面補綴学会

□その他（紹介者、イベント：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　その他の場合は紹介者もしくはイベント名を上記にご記入ください

３．所属：

４．お届け先：

　　　　□勤務先　　　　□自宅　（どちらかを削除ください）

　　〒：

　　ご住所：

５．購入金額（送料・税込み）　　　　10,000円

　複数購入の場合、合計金額をご記入ください　　　　　　　　　　　　　　円

※お申し込み後、下記口座へ入金願います。

三井住友銀行　志村支店

普通預金　口座番号：7081216

口座名：日本顎顔面インプラント学会

お振込みの際は「ガイドライン」+「申込者お名前」としてください。

例：「ガイドラインニホンタロウ」

ご入金確認後の発送となります。ご記入後本紙を一旦PCに保存し、メールに添付してお送りください。

※申込書の送り先　　info@jamfi.net

※領収書の宛先（お選びください）　　　□申込者　　□所属先