



THE 6<sup>TH</sup> INTERNATIONAL  
DENTAL SYMPOSIUM

# 販売店経由 専用申込書

裏面のお申込みに関する注意事項をご確認の上  
お申込みをお願いいたします



最新情報は特設サイトおよび  
Instagram にて随時更新いたします。

お取引販売店



歯科器材総合商社

株式会社 シマヤ

ご記入ください

販売店  
担当者名

**2026.10.3** SAT **4** SUN

東京国際フォーラム(東京都千代田区丸の内3-5-1)

ご勤務先住所 〒		TEL	
		FAX	
ご勤務先名			
<b>参加者①</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(院長) <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>	<b>参加者②</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加		<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加
<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス	<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス
<b>参加者③</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>	<b>参加者④</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加		<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加
<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス	<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス
<b>参加者⑤</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>	<b>参加者⑥</b> お名前 漢字 ローマ字  <input type="checkbox"/> 歯科医師(勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 友の会会員 No <small>会員番号を記載してください。</small>
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 友の会に入会して参加(※1) 友の会会費請求先(※2) <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加		<input type="checkbox"/> 友の会に入会しないで参加
<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス	<b>連絡先(※3)</b> <small>未記入の場合、イベント受付できません</small>	TEL(携帯) メールアドレス

※1 友の会会費は販売店よりご請求申し上げます。 ※2 請求先の選択は歯科衛生士会員のみチェックしてください。

※3 受講のご案内や、イベント開催を中止・延期する際に記載のメールアドレスを使用いたします。ご参加者と直接連絡がとれるよう必ずご記入ください。

【@gc.dental】【@mls.gc.dental.co.jp】ドメインのメールを受信できるよう設定をお願いします。