|  |  |
| --- | --- |
| **Form2** | **CDC2023 중부권치과의사회 종합학술대회 참가등록 신청서** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성 명 | 한글 |  | | 영문 |  | |
| 면허번호 | 치과의사 보수교육점수 6점 인정  치과위생사 보수교육점수 4점 인정 | | | 참가자  정 보 | 00 치과의사회, 군의관, 공보의 등 | |
|  | | |  | |
| 근무처명 |  | | | 전화 |  | |
| 휴대전화 |  | | | 이메일 |  | |
| 주 소 |  | | | | | |
| 추가 확인사항 (필수 선택)\_ √표 체크요망  - 강의신청 : 11월 3일(금) ( ), 4일(토) ( ) , 5일(일) ( )  - 점심식사 선택 : 11월 4일(토) ( ) , 5일(일) ( ) | | | | | | |
| 구 분 | | | 사전등록(10월 13일까지) | | | 현장등록 |
| 치과의사 | | | 7만원 | | | 10만원 |
| 군의관/공보의/수련의 | | | 5만원 | | | 8만원 |
| 치전원\*치과대학생  치위생(학)과 대학생 | | | 무료 | | | 신청불가 |
| 치과직원(치과위생사포함) | | | 4만원 | | | 5만원 |
| 지부미입회 치과의사 | | | 20만원 | | | 22만원 |
| 납부금액 | | | ( )원  입금 계좌번호 : **131-003-662455 신협(은행코드:48번),**  **예금주 : 대전광역시치과의사회** | | | | 4만원 |
| 주의사항 | - 신청서 발송후에 신청자 면허번호와 이름으로 입금하시기 바랍니다.  - 사전접수는 해당 일까지 등록금이 입금된 경우에 해당됩니다.  - 등록 후 취소 및 환불은 불가하오니 양해바랍니다. | | | | | |

상기인은 2023년 11월 3일(금)∼05일(일) 개최되는 CDC2023 중부권치과의사회 종합종합학술대회에 참가하고자 등록금을 납부하고 신청합니다.

2023년 월 일

신 청 인 : (인)

|  |
| --- |
| **CDC2023 조직위원회 사무국**  Tel. 042) 527-6454 / Fax. 042) 535-8831 / E-mail. [dda@dda.or.kr](mailto:dda@dda.or.kr) / http://withcdc.kr |