

神奈川県歯科医師会
青年部主催イベント

HALLOWEEN

パーティー



平成30年10月28日(日) 16:00~19:00 (受付開始 15:30~)

プロフィールの記入をしていただくので10分前には受付を済ませてください。
当日キャンセルの場合は、会費全額ご負担いただきます。

会場 パシフィコ横浜 会議センター6階 ベイブリッジカフェテリア

会費 10,000円 (*当日受付にて徴収いたします)

当日は身分を証明できるものをご持参ください。

参加資格 独身の本会会員および会員の推薦がある独身の男女
(20代後半~45歳くらいまで)

募集人数 男性 30名 女性 30名

- ・応募多数の場合または人数が揃わない場合は抽選となります。(会員と会員家族を優先します)
- ・個人情報厳守します。

申込期限 平成30年9月20日(木)

当日は、インフォーマル(平服)な服装でご参加ください。
ハロウィンパーティということでオレンジ色の物をワンポイントで
つけてきてください

問合せ先 神奈川県歯科医師会事務局(担当吉田) 045-681-2172



青年部主催 ハロウィンパーティー

会員参加申込 記入欄

<https://ws.formzu.net/dist/S80210507/>

会員専用
申込フォーム ⇒



会員参加者記入欄 (全て必須項目となります)

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名		性別	男・女	年齢	満	歳
所属地域名	歯科医師会					

会員以外の参加申込 記入欄

<https://ws.formzu.net/dist/S12308681/>

会員以外の
申込フォーム ⇒



推薦者情報記入欄 (本会会員の推薦者がいない場合は、参加できません)

推薦者(会員) 氏名		所属 地域名	歯科医師会			
推薦者(会員) との間柄	家族 ・ 友人(知人) ・ 院長 ・ その他()					


参加者記入欄 (全て必須項目となります)

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名		性別	男・女	年齢	満	歳
現住所	〒					
連絡先電話		FAX番号				
メールアドレス	★パーティーに関する連絡をメールで行います。 kda@dent-kng.or.jp を受信できるように設定してください。					
職業	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()					
職種	医療・サービス業、金融・製造業 等					
勤務先	ふりがな					
勤務先住所						

※上記に記載いただきました個人情報は、本パーティー以外の目的には使用いたしません。

申込期日：平成 30 年 9 月 20 日 (木) まで

返信先：神奈川県歯科医師会(担当：吉田)

F A X :  0120-681-786