

J.O.S.G. (日本一般臨床医矯正研究会) に入会を希望します

ふ り が な
氏 名 _____

生 年 月 日 _____

出 身 大 学 _____

卒 業 年 度 _____

医 院 名 _____

〒
医 院 住 所 _____

医 院 TEL _____

医 院 FAX _____

E - m a i l _____

※ 下記の矯正治療内容で、行っているものに○をお付け下さい。

<input type="checkbox"/>	3D 各装置を使用している。
<input type="checkbox"/>	フルブラケットでの治療をしている。
<input type="checkbox"/>	若年者咬合誘導を行っている。
<input type="checkbox"/>	成人の矯正を行っている。
<input type="checkbox"/>	Ext ケースの治療を行っている。

※ 患者の転院受入 可 ・ 相談可 ・ 不可