**서울특별시치과의사회 창립 제99주년 기념**

**2024년 국제종합학술대회 참가등록 신청서**

**학술대회: 6월 8일(토)~9일(일), 전시회: 6월 7일(금)~9일(일) 장소: COEX**

**※ 서울특별시치과의사회 회원은 소속 구회를 통해 신청하시기 바랍니다.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성 명** | **한 글** |  | | **영 문** |  | |
| **면허번호**  **(치과의사)** |  | | | **소 속**  **(지역)** |  | |
| **근무처 명** |  | | | **휴대전화**  **(필수기재)** |  | |
| **근무처 전화** |  | | | **이 메 일** |  | |
| **근무처 주소** |  | | | | | |
| **※ 안내 문자 등을 발송할 예정이오니 정확히 기재 바랍니다.** | | | | | | |
| **사 전**  **등록금** | **2024년 5월 10일(금)까지**  **(미가입 치과의사는 사전등록이 불가하며, 현장등록만 가능)** | | | | | |
| **□** 치과의사 | | **□** 군의관  **□** 공중보건의  **□** 전공의 | | | **□** 치과기공사  **□** 치과위생사  **□** 간호조무사  **□** 기타 |
| **80,000원** | | **70,000원** | | | **60,000원** |

※ 작성하신 신청서를 **FAX(02-498-9148)**로 보내주시고, 등록금은 반드시 신청인 성명으로

아래 계좌로 송금하여 주시기 바랍니다.

하나은행：146-890030-00304 / 예금주：대한치과의사협회서울지부

※ 등록 취소 및 환불은 2024년 5월 31일(금)까지 가능하며, 이후 등록 취소와 불참으로 인한 환불은 불가합니다.

**개인정보 수집 · 이용 동의**

- 개인정보 수집, 이용 목적

: SIDEX 참여를 위해 필요한 본인 확인 및 행사 등 안내(문자, 카카오톡, 본회 기관지 및 뉴스레터)

- 개인정보 수집항목 : 성명, 면허번호, 이메일주소, 휴대전화번호

- 개인정보의 보유 및 이용기간

: 보수교육 처리 등을 위해 제공거부 전까지 관련법령에 의거해 보유됩니다.

※ 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있으며, 이 경우 신청이 제한됩니다.

**2024년 월 일 신청인： (인)**

**서울특별시치과의사회장 귀하**