

第17回日本外傷歯学会総会・学術大会および懇親会事前参加申込書

(送信先: E-mail: 17thjadt@sdent.agu.ac.jp)

振込日< > 振込金額< 円> 合計人数< 人分>

振込依頼人名 カタカナ< >

ご代表者名< > ふりがな< >

ご所属< >

氏名	所属	参加区分	懇親会への参加
例) 愛知 太郎	愛知学院大学病理	1. 歯科医師	○

区分 前納登録費: 1. 歯科医師(9,000 円) 2. 歯科衛生士(2,000 円)
 3. 歯科技工士(2,000 円) 4. 看護師(2,000 円)
 5. 医療従事者(2,000 円) 6. 学部学生・専門学校生(無料)

前納懇親会費: 3,000 円 (上記区分 1~5)、1,000 円 (上記区分 6)

事前登録振込先: 銀行口座名 三菱東京UFJ銀行 本山支店 (店番670)

普通預金 0125702

口座名 第17回日本外傷歯学会総会・学術大会 準備委員長 久保勝俊

※1 振込手数料はご負担下さいますようお願い申し上げます。

※2 締切日 (平成 29 年 6 月 2 日 (金)) を過ぎた場合は、会場での当日参加登録になります。

当日登録費: 1. 歯科医師(11,000 円) 2. 歯科衛生士(3,000 円)
 3. 歯科技工士(3,000 円) 4. 看護師(3,000 円)
 5. 医療従事者(3,000 円) 6. 学部学生・専門学校生(無料)

当日懇親会費: 4,000 円 (上記区分 1~5)、2,000 円 (上記区分 6)

代表者住所 (1. 勤務先 2. 自宅)

住所<〒 >

TEL < > FAX< >

E-mail< >

メール送信時のお願い: 件名は「参加申込み (代表者氏名)」としてください。

第17回日本外傷歯学会総会・学術大会事務局

愛知学院大学歯学部口腔病理学講座 (準備委員長: 久保 勝俊)

〒464-8650 名古屋市千種区楠元町1-100

TEL: 052-757-6736 FAX: 052-751-2568

E-mail: 17thjadt@sdent.agu.ac.jp