

FAX 03-3947-8873

本用紙をFAXされる前に、参加費のお振込をお済ませ下さい。

第18回日本歯科審美学会・第26回日本接着歯学会 合同学術大会 事前参加申込書

フリガナ

氏名

勤務先・診療所名

連絡先住所 〒

TEL FAX

申込区分 \*該当口欄にチェック印 (レ) を記入して下さい。

Check 欄	該当種別	金額 (10月5日迄)
	A 学会員歯科医師 (日本歯科審美学会)	8,000円
	B 学会員歯科医師 (日本接着歯学会)	8,000円
	C 学会員歯科医師 (両学会とも会員)	8,000円
	D 非会員歯科医師	10,000円
	E コデンタル (歯科技工士)	5,000円
	F コデンタル (歯科衛生士)	5,000円
	懇親会参加	6,000円

\*同時に複数の参加者登録をされる場合、この欄に各参加者の該当種別(上記枠内のA~F)と氏名をご記入下さい。

氏名	該当種別	懇親会	振込金額計
	A B C D E F	参加・不参加	円
	A B C D E F	参加・不参加	円
	A B C D E F	参加・不参加	円
	A B C D E F	参加・不参加	円
	A B C D E F	参加・不参加	円

振込用紙添付欄 (必ず、参加費お振込みの際の振替用紙の控えを添えてFAXして下さい。)