

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29回日本接着歯学会学術大会 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□欄にチェック印 (レ) を記入して下さい。

Check 欄	該当種別	金額 (12月24日迄)
<input type="checkbox"/>	A 学会員 歯科医師	8,000円
<input type="checkbox"/>	B 非会員 歯科医師	10,000円
<input type="checkbox"/>	C コデントラル (歯科衛生士・歯科技工士)	5,000円
<input type="checkbox"/>	懇親会参加	8,000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~C)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	参加 ・ 不参加	円
	A B C	参加 ・ 不参加	円
	A B C	参加 ・ 不参加	円
	A B C	参加 ・ 不参加	円
	A B C	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。)