

返送先 FAX 番号 : 044-977-8924  
第 31 回日本 DDS 学会学術集会事務局 行

第 31 回日本 DDS 学会学術集会  
共催セミナー申込書

下記の通り、共催セミナーを申し込みます。

年 月 日

貴社名	
代表者名	
ご担当部署名	
ご担当者氏名 (役職)	
住所	〒
電話番号/携帯番号	/
FAX 番号	
電子メールアドレス	
希望開催日程 および会場	第 1 希望 : 7 月 日 ( )、第 会場
	第 2 希望 : 7 月 日 ( )、第 会場
	第 3 希望 : 7 月 日 ( )、第 会場
希望テーマ	
セミナー内容	(座長予定、演者候補等)

注1) ランチョンセミナー以外のセッション、特別講演等の共催を希望される場合も上記にてお申込ください。

注2) 複数のセッションをお申込の場合は、お手数ですが用紙をコピーのうえご使用ください。