

FAX番号 03-5520-8820

申込日: 月 日

第52回歯科基礎医学会学術大会・総会 運営事務局 行

事前参加申込書(まとめて払込用)

まとめてお支払された場合は、名札(参加証)は代表者へ一括してお送りします。

(ふりがな)			TEL(必須)
代表者氏名			( ) 内線 _____
連絡先 (施設名まで)	〒	FAX ( )	
※確実に郵送物が到着する 住所をご記入ください	施設・部署名		E-mail
参加証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	※勤務先に✓を入れた方は必ず勤務先をご記入ください。	
振込日 (金額をご記入ください)	月 日	振込金額(総額)	¥

	氏 名	参加費 10,000円		懇親会費 9,000円	演題登録番号 (演題を登録された方のみ記載)
		筆頭演者	筆頭演者以外		
1	代表者				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
総 計		円	円	円	項目欄に○印をご記入ください。

※筆頭演者 6/30(水)迄、筆頭演者以外 7/30(金)迄にお振込ください。