

# 一般社団法人 日本有病者歯科医療学会 第9回学術教育セミナー

## 参加申込票

FAX : 03 - 5924 - 4388      E-mail : gakkai@gakujuysusha.co.jp

### 一般社団法人 日本有病者歯科医療学会 事務局

一般社団法人 日本有病者歯科医療学会 第9回学術教育セミナーに参加を申し込みます。

氏名	所属	電話番号	所属先の住所・郵便番号

○ 氏名、連絡先(所属、電話番号、郵便番号・住所)は、必ずご記入ください。

○ 受講料をお振込み後、「参加申込票」をお送りください。

その際、受領書・領収書を必ず添付してください。

\* 振込は11月1日(金)までをお願いいたします。

\* 振込手数料は、参加者負担をお願いいたします。

\* 複数人数で申し込む場合は、振込される方に○印をお願いいたします。

受講料： 歯科医師 会員 10,000円    非会員 11,000円

医療従事者 会員 06,000円    非会員 7,000円

申込方法：「参加申込票」に必要事項を記入し本学会事務局へ FAX か E-mail でお申込ください。

(FAX : 03 - 5924 - 4388, E-mail : gakkai@gakujuysusha.co.jp)

同時に、下記口座まで受講料をお振込みください。

「参加証」は11月初旬頃、お送りする予定です。

**振込み名は必ず氏名を先に入力してください。定員となり次第、受け付けを終了いたします。**

振込先： 銀行名：三井住友銀行 飯田橋支店

口座名：日本有病者歯科医療学会

口座番号：(普通) 5209226

連絡先：一般社団法人 日本有病者歯科医療学会 事務局

東京都北区赤羽西6-31-5(株) 学術社内 TEL : 03 - 5924 - 3621

領収書 貼付箇所