

第48回日本歯科医療管理学会総会・学術大会参加申込書

第48回日本歯科医療管理学会総会・学術大会事務局
担当：藤田 FAX 095-846-0175

(F A X 送 信)
平成 年 月 日

(ふりがな) 代表者名	勤務先住所	
	〒	
	TEL ()	FAX ()
勤務先名称	懇親会 (を付けて下さい)	参加者区分 (を付けて下さい)
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他

(ふりがな) 氏 名	懇親会 (を付けて下さい)	参加者区分 (を付けて下さい)
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他
	参加 不参加	会 員 非会員 歯科衛生士・歯科技工士・その他

前納登録される場合は、下記振込先へ、5月31日までにお振り込み下さいませようをお願いいたします。

【郵便振替口座】

口座記号・口座番号 01780 7 64100

加入者名 第48回 日本歯科医療管理学会学術大会

前納登録された方へは、後日参加証をお送りいたしますので、必ず勤務先住所をご記入下さい。

宿泊希望の場合は、別紙宿泊申込み用紙に必要事項をご記入の上、JTB長崎支店へFAXにてお申込み下さい。