

FAX送信先

03-3947-8873

第60回日本歯科医療管理学会総会・学術大会 参加登録申込書

【氏名】  
フリガナ

【住所(勤務先名称)など】  
〒

勤務先名称

TEL

FAX

E-mail

◆該当する( )内に○印をつけてください

※事前登録は6月10日(月)が締切日です。6月10日以降は会場にてお手続き願います。

参加者区分	事前登録参加費	懇親会参加費(参加の場合)
学会員	( ) 6,000円	( ) 8,000円
非学会員	( ) 8,000円	( ) 8,000円
コ・デンタル	( ) 3,000円	( ) 6,000円

振込み合計金額 \_\_\_\_\_ 円

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。

払込先

郵便振替口座 00180-6-673830

「第60回日本歯科医療管理学会総会学術大会」

もしくは

ゆうちょ銀行 当座 019(ゼロイチキュー)店 口座番号:0673830

「ダイロクジュッカイニホンシカイリョウカンリガツカイソウカイガクジュツタイカイ」