

第 27 回日本口腔リハビリテーション学会学術大会参加申込用紙

代表者名 (振込依頼人)		所属
連絡先	〒 ー	
	TEL :	FAX :

複数で申し込まれる方は、全員の氏名と前納するものの小計、送金総額を記入してください。

参加者	大会参加費	懇親会	小 計
① <small>つるみ たろう</small> 鶴見 太郎	(レ) 会 員 (8,000 円) () 非会員 (10,000 円)	(レ) 参 加 (6,000 円) () 不参加	14,000 円
	() 会 員 (8,000 円) () 非会員 (10,000 円)	() 参 加 (6,000 円) () 不参加	円
	() 会 員 (8,000 円) () 非会員 (10,000 円)	() 参 加 (6,000 円) () 不参加	円
	() 会 員 (8,000 円) () 非会員 (10,000 円)	() 参 加 (6,000 円) () 不参加	円
	() 会 員 (8,000 円) () 非会員 (10,000 円)	() 参 加 (6,000 円) () 不参加	円
送金総額			円

*** 本参加申込用紙にご記入のうえ、参加費・懇親会費を下記の大会口座にお振込みください。**

(郵便振替) 口座番号：00120 - 8 - 764523

加入者名：第 27 回日本口腔リハビリテーション学会

*** お振込み完了後、領収書 (振込票控) のコピーを下記に貼付のうえ、大会運営事務局まで本用紙を FAX (03-3947-8873) してください。**

前納申込期限：平成 25 年 9 月 30 日 (月)

連絡事項：	この部分に振込明細書のコピーを添付されるか、振込日を記載してください。
-------	-------------------------------------