第31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

必要事項をご記入の上、スキャナー等にて**PDFファイルを作成しメールに添付**してお送りください。または、**参加申し込み書のコピーを郵送**してください（郵便事故に備え原本はお手元にお持ちください）。

**E-mail**：31jaor@dent.showa-u.ac.jp　（**メール件名：参加申し込み【お名前】**）

**郵送先**：〒145-8515 東京都大田区北千束2－1－1

　　　　　昭和大学歯科病院　口腔リハビリテーション科　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代表者名(振込依頼人) |  | 所属 |
| 連絡先 | 〒 －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い。

参加費・振り込み先は、学術大会HP（http://www.jaor.jp/31thmeeting.html）でご確認ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者 | 大会参加費 | 研修セミナー参加費 | 懇親会会費 | 小計 |
| 例　昭和 太郎 | 8,000 | 5,000 | 8,000 | 21,000 |
|  |  |  |  |  |
| 送金総額 |  |

**事前申込期限：平成29年9月30日（土）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡事項： | 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。 |