第32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、FAX送信またはコピーをご郵送ください。

〒540-0008大阪市中央区大手前1-5-17　大阪歯科大学　臨床研修教育科　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。

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

**前納申込期限：平成30年9月28日（金）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |