第33回日本口腔リハビリテーション学会学術大会参加申し込み用紙

必要事項をご記入の上，下記のいずれかにてお申し込みください．

1. 振込明細と参加申し込み用紙ともにFAX送付（FAX番号：025-227-2998）
2. 振込明細と参加申し込み用紙ともに郵送（郵送先：〒951-8514　新潟市中央区学校町通2-5274新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野内第33回日本口腔リハビリテーション学会学術大会準備委員会）
3. スキャナ一等にて振込明細のPDFファイルを作成し参加申し込み用紙とともにメールに添付する．メールの件名ならびに添付ファイル名は33jaorsanka-nameまたは第33回口腔リハ学会参加名前（例：33jaorsanka-suzukiichiroまたは第33回口腔リハ学会参加鈴木一郎） として下さい．

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　新潟太郎 | 8,000 | 5,000 | 2,000 | 15,000 |
|  |  |  |  |  |
| 送金総額 | | | |  |

前納申込期限；2019年9月27日（金曜日）

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |