

第 16 回日本外傷歯学会総会・学術大会および懇親会事前参加申込書

(送信先: E-mail: jadt2016@med.kobe-u.ac.jp)

振込日< > 振込金額< 円> 合計人数< 人分>
 振込依頼人名 カタカナ< >
 ご代表者名< > ふりがな< >
 ご所属< >

氏名	所属	参加区分	懇親会への参加
例) 神戸 太郎	神戸大口腔外科	1. 歯科医師	○

区分 前納登録費：1. 歯科医師(9,000 円) 2. 歯科衛生士(2,000 円)
 3. 歯科技工士(2,000 円) 4. 看護師(2,000 円)
 5. 医療従事者(2,000 円) 6. 学部学生・専門学校生(無料)

前納懇親会費： 3,000 円（上記区分 1～5）、1,000 円（上記区分 6）

事前登録振込先：ゆうちょ銀行

【店名】 四三八（読み ヨンサンハチ）

【店番】 438

【預金種目】 普通預金

【口座番号】 8755393

【口座名】 ダイジュウロクカイニホンガイショウシガツカイソウカイ・ガクジュツタイカイ

※1 振込手数料はご負担下さいますようお願い申し上げます。

※2 締切日（平成 28 年 5 月 27 日（金））を過ぎた場合は、会場での当日参加登録になります。

当日登録費： 1. 歯科医師(11,000 円) 2. 歯科衛生士(3,000 円)
 3. 歯科技工士(3,000 円) 4. 看護師(3,000 円)
 5. 医療従事者(3,000 円) 6. 学部学生・専門学校生(無料)

当日懇親会費：4,000 円（上記区分 1～5）、2,000 円（上記区分 6）

代表者住所（1. 勤務先 2. 自宅）

住所< 〒 >

TEL < > FAX< >

E-mail< >

メール送信時のお願い：件名は「参加申込み（代表者氏名）」としてください。

事務局：神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町 7-5-2

TEL.078-382-6213 FAX.078-382-6229 E-mail: jadt2016@med.kobe-u.ac.jp