

事前参加申込書 (事前登録締切 10月15日)

病院歯科介護研究会 第23回総会・学術講演会 運営事務局(新庄村国保歯科診療所) 行
FAX 送信先: 0867-56-3434

- ・下記ご記入の上、新庄村国保歯科診療所までFAXにてお申し込みください。
- ・E-mailアドレスを必ず記載ください。参加費振込先をそのE-mailアドレスへ案内いたします。
- ・ログインIDとパスワードも同様にそのE-mailアドレスへ案内します。
- ・学生の方は「学生証」と「在学証明書」のコピーもFAXで送信下さい。

【申込み者 情報】

登録日	令和3年 月 日		
氏名		ふりがな	
所属施設			
所属部署		職種	
連絡先・抄録集等送付先	※希望連絡先・抄録集等送付先(チェックをお入れください) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属施設 〒 - -		
電話番号	- - (内線)	FAX	- -
E-mail (振込先、ログインIDとパスワードを案内します)	@		
参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種 【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種 【日本老年歯科医学会会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種 【学生】 <input type="checkbox"/> 【歯科衛生士会会員】 <input type="checkbox"/> ※会員番号だけでなく日本歯科衛生士会 都道府県歯科衛生士会等の団体名も会員番号欄に記載してください。		
会員番号			