

事前参加申込書 (事前登録締切 10月14日)

病院歯科介護研究会 第24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

- FAXで申込をされる方は、下記の【申込者情報】にご記入の上、新庄村国保歯科診療所までお申し込みください (ホームページからの参加登録も今回から可能となっております)。
- E-mail アドレスを必ず記載してください。参加費振込先および本学術講演会へのログイン ID とパスワードは記載いただいた E-mail アドレスへ案内いたします。
- 学生の方は「在学証明書」を 1) FAX、2) 郵送、3) 「在学証明書」のスクリーンデータもしくは電子データをメール送付の中から1つを選択し、大会事務局へお送りください。

大会事務局: 岡山県真庭郡新庄村 1998-1、E-mail: hisanobu@mx9.tiki.ne.jp

【申込者情報】

登録日	令和4年	月	日
氏名		ふりがな	
所属施設			
所属部署		職種	
電話番号	-	- (内線)	FAX - -
E-mail	@		
参加区分	【 病院歯科介護研究会 会員 医師・歯科医師 】 <input type="checkbox"/> 【 病院歯科介護研究会 会員 メディカルスタッフ 】 <input type="checkbox"/> 【 会員外 医師・歯科医師 】 <input type="checkbox"/> 【 会員外 メディカルスタッフ 】 <input type="checkbox"/> 【 学 生 (大学院生を除く) 】 <input type="checkbox"/>		
日本歯科衛生士会・会員番号	※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。 【 日本歯科衛生士会 会員 】 <input type="checkbox"/>		