

事前登録参加申込書

《FAX：0985-22-6551》

『第40回むし歯予防全国大会 in MIYAZAKI』

申込期限：10月20日(土)まで

ふりがな		
氏名		
住所	〒	
勤務先名		
連絡先	TEL / FAX	
メールアドレス		
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> その他 ()
参加費	大会	<input type="checkbox"/> 3,000円 (当日4,000円) <input type="checkbox"/> 1,000円 (当日2,000円)
	懇親会	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 3,000円
	合計金額	円 円

※ 該当する□欄にチェック (レ) を入れて下さい。

お振込み口座のご案内

銀行・支店名 宮崎銀行 本店
口座番号 普通口座 380691
口座名義 いっぽんしゃだんほうじんみやざきけんしがいしかい
一般社団法人宮崎県歯科医師会
だい40かいむしほよほうぜんこくたいかい かいちょう しげしろ まさとし
第40回むし歯予防全国大会 会長 重城 正敏

お振込みの際 ご依頼人氏名は参加申込書の宛名と同一名義にして下さい。

※ 参加費のお振込みは10月19日(金)まで をお願いいたします

【連絡先】 大会事務局 (宮崎県歯科医師会)

〒880-0021 宮崎県宮崎市清水1-12-2 Tel:0985-29-0055/Fax:0985-22-6551