**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 | | * 医師　　□歯科医師 | □その他（　　　　　　　　　） |
| 参加費 | 大　　会 | □3,000円（当日4,000円） | □ 1,000円（当日2,000円） |
| 懇 親 会 | □5,000円 | □ 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

**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 にお願いいたします

【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