|  |
| --- |
| 送信先「第12回日本外傷歯学会西日本地方会総会・学術大会　事務局」  E-mail:arizumita41@gmail.com または　FAX：093-562-3322 |

第12回日本外傷歯学会西日本地方会総会・学術大会　参加申込書

＊メール送信時のお願い：件名，ファイル名は「参加申込み（代表者氏名）」としてください．

**振 込 日** ＜　 　月　　日 　＞ **合計人数** ＜　 人分＞

**振込依頼人名**　カタカナ ＜　 　　　　　　 ＞

**代表者名** ＜　　　　　　 　　＞　**ふりがな** ＜　　　　 　　　　　＞

**所 属 名** ＜　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞

**代表者連絡先**．※プログラム抄録集の送付先となります．

住所＜〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＞

TEL ＜　　　　　　　　　　　　　　＞ FAX ＜　　　　　　　　　　　　　　　＞

E-mail＜　　　　　　　　　　　　　 ＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名  （例：小倉城太郎） | 所　属  （例：九州歯科大学病理） | 学術大会 | |
| 区分★ | 参加費 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
| 合計金額 | 円 |

**◆学会参加費（締め切り日：2022年11月11日）**

参加区分（★）として，下記の数字1～4のいずれかを表中にご記入ください．

１．会 員：6,000円

２．医療関係従事者：1,000円（歯科衛生士，看護師，臨床検査技師，診療放射線技師等）

３．学生（要学生証提示）（社会人大学院生を除く）：無料

４．非会員：8,000円（歯科医師・医師）

　　＊筆頭および共同発表者は本学会会員に限ります．

**◆振込先**

|  |
| --- |
| 銀行振込：北九州銀行　本店営業部  （普）　No．5035841  有住　隆史 |

＊振込手数料は各自ご負担くださいますようお願い申し上げます．

**◆問い合わせ先**

第12回日本外傷歯学会西日本地方会総会・学術大会　事務局

ありずみ歯科医院（大会長：有住隆史）

FAX：093-562-3322

E-mail：arizumita41@gmail.com