

「第35回むし歯予防全国大会 in 千葉」申込書

氏名	(ふりがな)		
住所	〒		
勤務先			
連絡先	TEL	FAX	
E-mail	@		
職種	医師・歯科医師・その他()		
参加費	参加費(1)	<input type="checkbox"/>	2,000円
	お弁当(2)	<input type="checkbox"/>	1,000円

※ 参加予定の方は、該当箇所に記載の上、□に✓をお願い致します。

※ 複数名で参加される場合は、コピーにて各自申込みをお願い致します。

日F会員のみ

10月22日(土)	社員総会	<input type="checkbox"/> 参加	<input type="checkbox"/> 不参加
	懇親会(3)	<input type="checkbox"/> 参加 6,500円	<input type="checkbox"/> 不参加
	宿泊	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※ 宿泊料金支払いに関しましては、事前振り込みではなく、宿泊チェックイン時、各自でご精算をお願いいたします。

振込金額

※上記、参加費(1)+お弁当(2)+懇親会(3)合計金額 _____ 円

参加振込先

- ・ 千葉興業銀行 千葉支店 普通預金 1070792
- ・ 口座名義：むし歯予防全国大会

参加申し込みは、平成23年9月16日(金)までに、FAXまたはメールにて、
参加の振込は、平成23年9月27日(火)までに、上記銀行に振り込んで下さい。

注1) お振込の際、個人名義でお振込をお願いいたします。

注2) 振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。

注3) 振込用紙・振込明細書をもって領収証と代えさせていただきます。

大会事務局

〒261-0001 千葉県千葉市美浜区幸町1-3-9

千葉県総合保健医療センター 千葉県歯科医師会内

TEL 043-242-2026 FAX 043-248-2970

E-mail : chibada@deluxe.ocn.ne.jp