

関東甲信越歯科医療管理学会 第29回学術大会参加申込書

申込日 2023年 月 日

(申し込み先)

第29回関東甲信越歯科医療管理学会学術大会事務局

TEL: 055-232-1811

FAX: 055-235-3138

WEB: <http://kanto-koshinetsu.com/contact/>

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先までお申し込みください。

※参加登録料の入金が確認できた方には、参加登録証、参加ID、パスワード、領収証を別途お送りいたします。

フリガナ			
氏名			
住所	〒	都道 府県	
勤務先名			
連絡先	TEL		
	Eメール		
参加登録料（現地参加の場合） 【Web参加(オンデマンド配信)の場合、最下段のQRコードより】			
<input type="checkbox"/> 歯科医師：5,000円 <input type="checkbox"/> 歯科医師以外：3,000円 <input type="checkbox"/> 学生・研修医：無料			
参加登録料・払込（予定）日	2023 年 月 日		
振込先 金融機関名	※振込手数料は参加者の負担となります。		
① ゆうちょ銀行以外から	店名	〇八八（ゼロハチハチ）店	店番 088 普通預金 1724141
② ゆうちょ銀行から	記号 #	10870	番号 17241411
口座名義 関東甲信越歯科医療管理学会			
(カントウコウシンエツシカイリョウカンリガッカイ)			
【Web参加の場合は、Webサイトよりお申し込みください】			
・オンデマンド配信でのWEB参加の場合 参加登録料：5,000円			
			