

—募集要項—

募集内容 口演およびポスター発表：臨床的・基礎的研究および臨床報告
医科，歯科，鍼灸，整体，カイロプラクティックなどから広く演題を募集します。

申込方法 e-mail，官製はがき，またはFAXにて「演題名」，「発表者名」，「所属」，「発表形式」（口演，ポスター），「連絡先」（住所，電話番号，FAX，e-mail）をお知らせ下さい。折り返し「抄録用紙」等をお送りいたします。

1例でも症例をお持ちの方はお気軽に応募して下さい。
演題の採否は実行委員会で決定，通知いたします。
なお，演者，共同発表者で本学会員でない方は入会をお願いいたします。

入会申込先：（財）口腔保健協会内 日本全身咬合学会事務局
TEL：03-3947-8891 FAX：03-3947-8341

演題申込締切 平成20年7月14日（月）（必着）
予稿集用抄録締切 平成20年7月31日（木）（必着）
演題申込先および問い合わせ先（第18回学術大会事務局）
〒951-8580 新潟市中央区浜浦町1-8
日本歯科大学新潟生命歯学部歯科補綴学第一講座
第18回日本全身咬合学会学術大会 準備委員長 佐藤利英
E-mail：toshi@ngt.ndu.ac.jp
TEL：025-267-1500（内線301） FAX：025-265-5846

—参加申込要項—

添付の参加申込書に必要な事項をご記入の上，参加費および懇親会費の振り込みの写しとともに第18回学術大会事務局まで郵送またはFAXして下さい。

	前納（8月31日以前）	9月1日以降	
学会参加費	会員	10,000円	15,000円
	非会員	15,000円	20,000円
	学生	5,000円	7,000円
	医療従事者	5,000円	7,000円
	懇親会費	4,000円	4,000円

振込先 三菱東京UFJ銀行 新潟支店 口座番号：普通0000849
口座名義：第18回日本全身咬合学会学術大会 代表者 小出 馨

第 18 回日本全身咬合学会学術大会 演題申込書

(本申込書を学術大会事務局まで FAX あるいは郵送して下さい)

希望発表形式	一般口演発表・ポスター発表 (いずれかに○をつけて下さい)
演題名	
発表者 (演者に○印)	
所 属	
連絡先 〒 — — 住所：	
TEL： — — FAX： — — E-mail：	

第 18 回日本全身咬合学会学術大会 参加申込書

(本申込書を学術大会事務局まで FAX あるいは郵送して下さい)

フリガナ 氏 名		
連絡先 〒 — — 住所：		
TEL： — — FAX： — — E-mail：		
該当する項目に○印をつけて下さい		
会員・非会員 医師・歯科医師・歯科技工士・カイロプラクター・整体師・鍼灸師・学生・その他 ()		
当日会費	前納 (8月31日以前)	9月1日以降
会員	10,000 円	15,000 円
非会員	15,000 円	20,000 円
学生	5,000 円	7,000 円
医療従事者	5,000 円	7,000 円
懇親会費	4,000 円	4,000 円
振込日： 月 日	振込金額： 円	

*振込の写しを添付してください。