|  |
| --- |
| 送信先「第12回日本外傷歯学会東日本地方会総会・学術大会　事務局」E-mail: jadt\_e2022@ngt.ndu.ac.jp または　FAX：025-267-1134 |

第12回日本外傷歯学会東日本地方会総会・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**（１．勤務先　２．自宅）※いずれかに○印，または，不要な方を削除．

※参加証の送付先となります．

住所＜〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＞

TEL ＜　　　　　　　　　　　　　　＞ FAX ＜　　　　　　　　　　　　　　　＞

E-mail＜　　　　　　　　　　　　　 ＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名（例：浜浦太郎） | 所　属（例：日歯大新潟病理） | 学術大会 | 会員番号 | 日歯生涯研修IC カードID番号 |
| 区分★ | 参加費 |
|  |  |  | 円 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 円 |  |  |
| 合計金額 | 　　　　円 |

**◆学会参加費（締め切り日：2022年3月31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：5,000円

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

３．学部・短大・専門学校学生（要学生証提示）（大学院生を除く）：無料

４．非会員：7,000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**

|  |
| --- |
| 三菱UFJ銀行　新潟支店（店番426）　口座番号　普通預金　0448258　第12回日本外傷歯学会東日本地方会総会・学術大会大会長　岡田康男 |

＊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回日本外傷歯学会東日本地方会総会・学術大会　事務局

日本歯科大学新潟生命歯学部 病理学講座内（大会長：岡田康男）

TEL：025-211-8119または8118（直通），FAX：025-267-1134（代表）

E-mail：jadt\_e2022@ngt.ndu.ac.jp