

九州大学歯学部同窓会主催
平成 29 年度春季学術講演会

参加申込書に必要事項をご記入の上、九州大学歯学部同窓会 FAX (092)642-6245 宛にご送付ください。
お申込み後、振込手数料負担の上、下記口座に受講料をご入金ください。入金の確認をもって参加登録と致します。入金後のキャンセルによる受講料の返金は致しかねますのでご了承ください。
尚、事前申込み締切日以降のお申し込みは、当日申込み扱いとさせていただきます。会場にて以下の受講料をお支払いください。

平成 28 年度九州大学歯学部同窓会費納入者	7,000 円
その他歯科医師	10,000 円
歯科技工士・歯科衛生士・その他スタッフ	4,000 円
研修医(九大歯学部卒業生に限らず全ての者を対象とする)	4,000 円
学生・大学院生(九大歯学部に限らず全ての者を対象とする)	無 料(但し、弁当はついていません)

事前申込み締め切り 4 月 19 日(水)

(事前申込の方は昼食[弁当]が付きます。当日申込みの方には昼食[弁当]が付きません。)

●振込先 西日本シティ銀行 千早支店 普通 1920766
九州大学歯学部同窓会 学術

■問合せ先 info@shirashige.com
しらしげ歯科医院 白重 豊英(学術担当 主任理事)
※返答および連絡が記録として残るよう、問合せはメールのみとさせていただきます

九州大学歯学部同窓会主催 平成29 年度春季学術講演会申込書

FAX 092-642-6245

フリガナ 参加者名(1) 区 分 ○印を記入	九州大学歯学部同窓会費納入者・その他歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・スタッフ・研修医・学生・大学院生
フリガナ 参加者名(2) 区 分 ○印を記入	九州大学歯学部同窓会費納入者・その他歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・スタッフ・研修医・学生・大学院生
フリガナ 参加者名(3) 区 分 ○印を記入	九州大学歯学部同窓会費納入者・その他歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・スタッフ・研修医・学生・大学院生
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先:名称
住 所	〒
(電話)	()-()-()
振込名義	月 日 振込
振込金額	10,000 円×()名 + 7,000 円×()名 + 4,000 円×()名 = 計()円

★事務処理を円滑に行うため申込欄の記入にご協力お願い致します