

※必ずダウンロードしてご使用ください！！（左上ファイルからダウンロード）

別紙2：第15回東北障害者歯科臨床研究会 参加登録申込書

記入欄1

名					職種(例: 歯科医師・歯科衛生士 等)	
連絡先	住所	〒 連絡先は()				
	メールアドレス					
	TEL	022-391-5111	FAX	(022) 391-5120		
日本障害者歯科学会認定医・認定衛生士				あり・なし		
	(A) 午前の 研究会参加	(B) 午後の 研修会参加	(C) 昼食	合計(A)+(B)+(C)		
	<input type="checkbox"/> すでに会員で研究会参加 (¥1000-) <input type="checkbox"/> 今回入会して研究会参加 (¥4000-) <input type="checkbox"/> 非会員で研究会参加 (¥2000-)	<input type="checkbox"/> 参加する		¥		

記入欄2 (該当するどれかにご記入ください)

	振込日	振込者	総振込額
<input checked="" type="checkbox"/> 当該参加者 1 人分のみ振込			¥
<input type="checkbox"/> 複数の参加者分を代表して振込			¥
<input type="checkbox"/> 他の誰かが当該参加者分も振込			記入不用

記入欄3 (上記「複数の参加者分を代表して振込」に該当する場合に記入)

振込内訳 (合計額が総振込額になることをご確認ください!)

参加者名	金額	参加者名	金額	参加者名	金額
	¥		¥		¥
	¥		¥		¥
	¥		¥		¥

セルが足りないときは適宜補ってください