

第18回美容口腔管理学会学術講演会

(第18回ACOC大会)

参加申込書

FAX番号 : 06-6993-3311
メールアドレス : office@acoc.jp

参加申込は本紙に必要事項をご記入のうえFAXにてお送りいただくか、同内容をメールにてお送りください。
 出展企業のお申込みの際には、氏名欄に参加される方全員のご氏名(2名まで)を、所属欄に企業名・部署名をご記入下さい。

フリガナ	
ご氏名	
ご所属	
ご住所	〒
連絡先	Tel: Fax:
E-mail	

該当箇所に○印をご記入願います。

参加区分		会員	○印	非会員	○印
大会参加費 (并当代を含みます)	歯科医師	10,000 円		15,000 円	
	歯科衛生士・歯科技工士	5,000 円		6,000 円	
	歯科医療関係者(受付, 助手等)	2,000 円		3,000 円	
	歯科大学・大学歯学部 大学院生	6,000 円		8,000 円	
	歯科大学・大学歯学部 大学生	3,000 円		4,000 円	
	歯科衛生士学校・歯科技工士学校 学生	1,000 円		2,000 円	
	歯科大学・歯科医療関連教育機関の教官	10,000 円		15,000 円	
	出展企業(2名まで)	30,000 円		50,000 円	
懇親会		6,000 円		6,000 円	

【参加費用振込先】 **三井住友銀行 守口支店 普通預金口座 1697458**
エーコツクタイカイ カワハラ ダイ
ACOC大会 川原 大

- ※ 参加費のお振込みをもって、正式な事前登録とさせていただきます。
- ※ お振込みの名義がお申込みのご氏名と異なる場合には、必ず、下記事務局までご一報願います。
- ※ 原則、領収書は発行していません。必要な場合は、下記事務局までご連絡ください。
- ※ お振込みの際にかかる手数料はご負担願います。
- ※ 一度お振り込みいただいた参加費の返金には応じかねます。予めご了承ください。

【お問い合わせ先】 臨床器材研究所内 ACOC 事務局
 Tel : 06-6993-1011 / Fax : 06-6993-3311 / E-mail : office@acoc.jp