

# 第60回 岐阜県学校歯科保健研究大会参加申込票

平成30年 月 日

	氏名	職名	昼食希望	支払方法
1			要・不要	現金・振込
2			要・不要	現金・振込
3			要・不要	現金・振込
4			要・不要	現金・振込
5			要・不要	現金・振込
6			要・不要	現金・振込
7			要・不要	現金・振込
8			要・不要	現金・振込
9			要・不要	現金・振込
10			要・不要	現金・振込

※準備の都合上、団体ごとにとりまとめて、昼食希望（要・不要）をご記入下さい

※登録料はできるだけ振込みでお願いします。振込み手数料は振込人負担でお願いします。

【申込者】 所属

住所 〒 —

電話番号

代表者氏名

【申込先】

・岐阜県歯科医師会会員・医療関係者 FAX 0584-81-8989

・学校・PTA関係者 FAX 0584-81-2655

【振込をされる場合】

(振込先)

振込人氏名	
金融機関名	大垣共立銀行 本店
口座番号	普通 / 9 7 1 1 6 9
口座名義	一般社団法人大垣歯科医師会 会長 片野雅文 (カタノ マサフミ)

参加申込締切日

平成30年10月10日 (水)