

第 21 回日本口腔顎顔面外傷学会総会・学術大会 事前参加申し込み書

送信先 FAX: 058-230-6356

チェック欄	参加区分	参加費(前納)
	総会・学術大会	8000 円
	教育研修会	2000 円
	会員懇親会	5000 円

事前参加登録期間は
2019 年 3 月 1 日～5 月 7 日
ですので、その間に申し込みと
下記への振り込みを終えて下さい。

振り込み先

銀行名：十六銀行 (0153) 黒野支店 (111)

口座番号：普通 1612771

口座名：第 21 回日本口腔顎顔面外傷学会学術大会 大会長 柴田敏之

フリガナ	
参加者名	
所属施設名	
所属施設住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail	

問い合わせ先(大会運営事務局)

〒501-1194 岐阜市柳戸 1-1

岐阜大学大学院医学系研究科口腔病態学分野 準備委員長 加藤恵三

E-mail: gaisho21@gifu-u.ac.jp TEL:058-230-6355 FAX:058-230-6356