

別紙

栃木県医師会地域医療第二課 行き
(FAX : 028-624-5988)

第20回日本口腔ケア学会総会・学術大会 第3回国際口腔ケア学会総会・学術大会合同会議 登録申込書

氏名	
医療機関名	
医療機関住所	
医療機関連絡先	
メールアドレス	
参加登録料	<p><u>参加登録料(6,000円)を、本年3月28日(火)までに下記口座に、お振込み願います。</u> ※振込手数料はご負担願います。</p> <p>足利銀行本店営業部 当座 2999 トキケンイカイカイイリジ コヌマイロウ 栃木県医師会 会計理事 小沼一郎</p>

※後日、本会から「参加証」を郵送いたします。

記載者名： _____

連絡先： _____