非会員の演題・論文発表申請書

私は、貴学会学術大会または刊行論文に発表するため、所定の会費（\5,000円／件）を添えて申込み致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  |  |  |  |  |  | 受付日 | 西暦　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年 　　　　月　　　　日 |
| 申請区分 | ※以下該当するものに✓し、開催回数・演題/論文名を**必ず**ご記入ください。□　第　　　　回学術大会 演題発表　共同演者　　（演題名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　論文発表　共著　　（論文名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先住所 | 〒　　　－※勤務先へ送付の場合は名称もご記入ください |
| TEL　　　　－　　　　－　　　　FAX　　　　－　　　　－　　　　 |
| メールアドレス | ＠ |
| 職種 | ※以下該当するものに✓してください。□　歯科医師　　□　医　師　　　□　言語聴覚士　□　歯科衛生士　□　歯科技工士　□　その他（　　　　　　　　　　　） |

（太枠内を記入してください）

＜ゆうちょ銀行＞　口座番号　00130-3-330699

　　　　　　　　　加入者名　一般社団法人日本顎顔面補綴学会

＜三井住友銀行（深川支店）＞

　　　　　　　　　口座番号　（普）3960249

　　　　　　　　　口座名義　一般社団法人日本顎顔面補綴学会

|  |
| --- |
| ※会費（\5,000円／件）の郵便振替払込み受領証のコピーまたは銀行振込の明細書をこの枠内に貼付ください。 |