



申し込み先

FAX : 092-432-0341

第4回 JUC 発表会 参加申し込み書

必要事項をご記入の上、JUC 発表会事務局まで FAX 下さい

ご氏名	(ふりがな)
参加区分	歯科医師・歯科医師以外(DT/DH/DA/その他)・大学在籍歯科医師(大学院生含む)・大学在籍 DH/DT、学生
ご住所	〒
勤務先	
連絡先	Tel: Fax :

ご氏名	(ふりがな)
参加区分	歯科医師・歯科医師以外(DT/DH/DA/その他)・大学在籍歯科医師(大学院生含む)・大学在籍 DH/DT、学生
ご住所	〒
勤務先	
連絡先	Tel: Fax :

ご氏名	(ふりがな)
参加区分	歯科医師・歯科医師以外(DT/DH/DA/その他)・大学在籍歯科医師(大学院生含む)・大学在籍 DH/DT、学生
ご住所	〒
勤務先	
連絡先	Tel: Fax :

・個人情報の取扱：当会は申込者からのお申し込みによりいただいた情報を、個人情報保護法に準じお取り扱いいたします。

参加費のお支払い方法について

◎振込先

西日本シティ銀行 ハコザキ 箱崎支店 (普)3002627
 JUC 発表会 会計 古澤博久 (フルサワ ヒロヒサ)

- *お振込の確認をもって事前受付の完了と致します。
- *振込手数料はご負担頂きますようお願い致します。
- *なお振込金のご返金は致しませんのでご了承下さい。
- *振込用紙をもって領収書に代えさせていただきます。

◆ご記入の上送信ください

振込合計金額	円
振込日	月 日
振込名義	

事前申込締め切り期日：平成 28 年 11 月 25 日 (金曜日)

お問い合わせ先：JUC 発表会事務局 担当：池田、波田

TEL : 092-432-0340 FAX : 092-432-0341

■ホームページにて案内は随時更新しております■

JUC ホームページ <http://juc2012.com/>