

# 第23回美容口腔管理学会学術講演会 参加申込書

FAX **06-6993-3311** E-mail **office@acoc.jp**

参加申込は下記にご記入のうえ、FAXかメールにてお願いします

ふりがな ご氏名			
ご所属			
ご住所	〒		
連絡先	TEL :	FAX :	
e-mail			

**【参加費のお振り込み先】**

**三井住友銀行 守口支店 普通 1697458**

エーコックタイカイ カワハラ ダイ

**ACOC大会 川原 大**

**【お問い合わせ先】**

臨床器材研究所内 ACOC事務局

Phone 06-6993-1011

FAX 06-6993-3311

office@acoc.jp

参加区分	✓を 入れて 下さい	会員	✓を 入れて 下さい	非会員
歯科医師		10,000円		15,000円
歯科衛生士・歯科技工士		5,000円		6,000円
歯科医療関係者_受付,助手等		2,000円		3,000円
歯科大学・大学歯学部 大学院生		6,000円		8,000円
歯科大学・大学歯学部 大学生		3,000円		4,000円
歯科衛生士学校・歯科技工士学校 学生		1,000円		2,000円
歯科大学・歯科医療関連教育機関の教官		10,000円		15,000円
出展企業(2名まで)		20,000円		30,000円
懇親会		6,000円		6,000円

◆申込締切2023年10月29日◆

\*参加費のお振込みの確認をもって、申込みの登録とさせていただきます。

\*出展企業のお申し込みは、ご氏名欄に参加される方全員のお名前（2名まで）を、所属欄に企業名・部署をご記入下さい。

\*一度お振り込みいただいた参加費は、返金には応じかねますのでご注意ください。

\*学会参加費にはランチが含まれています。