第24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		6,500円		6,500円

◆申込締切2024年9月30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留意ください.
＊学会参加費にはランチが含まれています.