



第15回 日本口腔顔面痛学会 総会・学術集会  
第13回 アジア頭蓋下顎機能障害学会 総会・学術集会

事前登録用紙

Office Use Only	Registration No. : _____	Date Received. : _____
-----------------	--------------------------	------------------------

**参加者**

名 前: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

名前 (英語) : (last) \_\_\_\_\_ (first) \_\_\_\_\_

所 属: \_\_\_\_\_

所 属 (英語) : \_\_\_\_\_

役 職: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**同伴者**

氏 名:  男性  女性 (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

氏 名:  男性  女性 (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

**申し込み金額**

分 類	8/31以前	9/1以降	人 数	金 額
<input type="checkbox"/> 会 員	<input type="checkbox"/> ¥10,000	<input type="checkbox"/> ¥15,000		
<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> ¥15,000	<input type="checkbox"/> ¥20,000		
<input type="checkbox"/> 同伴者	<input type="checkbox"/> ¥5,000	<input type="checkbox"/> ¥10,000		
合 計				¥ _____

**お支払い方法**

銀行振込のみ。

銀行名：福岡銀行 南小倉支店 口座番号：普通1620113、口座名：AACMD JSOP SHUNJI SHIIBA

この用紙に必要事項をご記入の上お支払いが確認できるものを添付して大会事務局に郵便、FAX、E-メールにてお送りください。

椎葉俊司 九州歯科大学歯科侵襲制御学分野  
〒803-8580北九州市小倉北区真鶴2丁目6番1号

電話：093-582-1131 (内1631) , FAX：093-581-2828

E-メール: shiiba@kyu-dent.ac.jp ホームページ: <http://acmd-jsop.kyu-dent.ac.jp>