第11回日本口腔ケア協会学術大会

**参加申し込み書（事前登録）**

 **事前申込：　医師・歯科医師 4500 円、他職種 2500 円、学生1000円**

 **当日会費：　医師・歯科医師 6000 円、他職種 4000 円、学生2000円**

　　　　ハンズオンセミナー参加費・第11回新潟口腔ケア研究会参加費を含みます。

 **(注)　事前申し込みの締切は、201６年８月５日(金)まで。**

● 申し込み締切以降は、当日会費となります。会場受付にてお支払いください。

● 申し込み後の参加費は、理由の如何に関わらず,返金できません。

* 申し込みの際は、必ず各個人名で行ってください。
* 参加証、領収書、大会抄録集は当日、受付でお渡し致します。

●前日開催の口腔ケアハンズオンセミナーの定員は先着20名となっております。

***※ハンズオンセミナーの募集は終了しました***。

* **新潟口腔ケア研究会のみ**の参加希望の方は事前参加登録のみして頂き、当日会場で1000円をお支払いください。

◎ランチョンセミナーは当日整理券を配布いたします。事前申し込みの必要はありません。

◎最新の情報はホームページ上でお知らせいたしております。

参加費を下記の口座に、**各個人名**でお振り込み下さい。＊恐れ入りますが振込手数料はご負担下さい。

【振込先】　　第11回日本口腔ケア協会学術大会

　　　　　　　　郵便局にて振込の場合： 00510-2-86405

　　　　　　　　銀行にて振込の場合： ゆうちょ銀行　〇五九（ゼロゴキュウ）支店

　　　　　　　　　　　　　　　　　　店番059　当座　0086405

＊振込が終わり次第、本用紙に必要事項をご記入の上、FAXもしくはメール添付でご連絡ください。

【参加申し込み先　問い合わせ先】

〒950-8580　新潟市中央区浜浦町1-8　日本歯科大学新潟病院　口腔外科内

第１１回日本口腔ケア協会学術大会事務局　吉岡裕雄 TEL: 025-267-1500 (3233)

*FAX* : 025-267-9061　 *E-mail* : oralcare@ngt.ndu.ac.jp

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 申込日 | 御所属 | 職種 |
| 御名前 |  |  |  |  |
| 連絡先 | 御住所　　〒 |
| 御自宅 |
| ・ |  |  | TEL: |
| 勤務先 |  |  | FAX: |
|  |  |  | E-mail: |
| * 第11回日本口腔ケア協会学術大会（平成28年8月21日（日）開催）
* サテライト口腔ケア　ハンズオンセミナー(先着20名限定)
* 第11回新潟口腔ケア研究会（平成28年8月20日（土）開催）
 |
|