日本歯科衛生学会第１４回学術大会

学生参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 学 校 名 |  |
| 参 加 日 | ９月１４日（土）  １５日（日）  １６日（月祝）   * ○をつけてください |
| 学年・人数 | １年生　　　　　名（内 学生会員　　　　名）  ２年生　　　　　名（内 学生会員　　　　名）  ３年生　　　　　名（内 学生会員　　　　名）  ４年生　　　　　名（内 学生会員　　　　名）  計　　　　　名 |
| 学生部加入  の有無 | あり　・　なし  一部加入あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連 絡 先 | 担当者名：  電話番号：  E-Mail　： |

ご記入いただき、参加者名簿を添えてメールで日本歯科衛生学会事務局までお申し込み

ください。事務局より折り返し、ご連絡させていただきます。

E-Mail：gakkai@jdha.or.jp

【問合せ先】日本歯科衛生学会事務局

TEL：０３－３２０９－８０２０