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