

(送信先) 一般社団法人山形県歯科医師会

FAX : 023-631-7477 Eメール : keishi8020.05@gmail.com

「第51回山形県公衆衛生学会 参加申込書」 令和7年2月7日(金) 必着

所属・職種	氏名	メールアドレス	申込区分 (いずれかに○)		K単位申請 する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ希望	する・しない
合計		( )人			
代表者 連絡先	所属				
	氏名				
	電話				

※ 演題発表者を含めて記載願います。演題発表者も参加費の負担が必要となります。  
但し、学生(大学院生を含む)の演題発表者の参加費は無料です。

※ 申込者数が多く、この申込用紙で不足する場合は、氏名欄に「別紙記入」と記載し、別紙の参加申込書を添付願います。

学会参加費及び 学会参加者数	一般 学生	参加費(講演集込み) 2,000円×( )人=( )円 無料 ( )人
講演集のみ希望	必要冊数	1,000円×( )冊=( )円
合計(振込金額)		( )円
振込者名(口座名義人)(カタカナ)		振込(予定)日; ___月 ___日

講演集を送付する際に宛名ラベルとして使用しますので、必ず宛名(受取人)を記入してください。

〒 _____  _____  _____様
---------------------------------------

第 51 回山形県公衆衛生学会 参加申込者

( 枚/ 枚中)

所属・職種	氏 名	メールアドレス	申込区分 (いずれかに○)		K単位申請 する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
			演題発表者・参加者	講演集のみ 希望	する・しない
合 計		( ) 人			