

# 第81回全国学校歯科保健研究大会(参加・懇親会・宿泊) 申込書 一般参加者用

申込日 平成29年 月 日

No. \_\_\_\_\_

**お申込締切日：平成29年9月25日(月) 送信先FAX：017-773-5165**

旅行手配・大会参加手続きのために必要な範囲内での運送・宿泊機関、保険会社、大会事務局等への個人データの提供について同意の上、以下のとおり申込みをいたします。

都道府県名	申込代表者名(フリガナ)	所属団体名又は学校名	書類送付先住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	連絡先
			〒		TEL. FAX. E-mail

※下記欄に代表申込者名を再度ご記入ください。

出席、欠席、未定を必ずご記入ください。出席の方はご希望会場を必ずご記入ください。

No.	フリガナ 参加者氏名	職名	所属団体名又は学校名	参加区分		領域別研究協議会	宿泊			希望ホテル番号		
				大会 懇親会	大会 参加のみ	10/27(金)	10/25 (水)	10/26 (木)	10/27 (金)	第一 希望	第二 希望	第三 希望
例	アオモリタロウ 青森 太郎	1	青森県歯科医師会	¥6,000	¥3,000	●出席(幼・小・ <b>中</b> ・高・特) 欠席・未定	×	○	○	A	B	C
1				¥6,000	¥3,000	出席(幼・小・中・高・特) 欠席・未定						
申込代表者												
2				¥6,000	¥3,000	出席(幼・小・中・高・特) 欠席・未定						
3				¥6,000	¥3,000	出席(幼・小・中・高・特) 欠席・未定						
4				¥6,000	¥3,000	出席(幼・小・中・高・特) 欠席・未定						
5				¥6,000	¥3,000	出席(幼・小・中・高・特) 欠席・未定						

※該当番号を職名欄にご記入ください。 1 学校関係者 / 2 教育委員会関係者 / 3 医療関係者 / 4 歯科医師 / 5 歯科教育関係者 / 6 その他

※6名様以上のお申込に際しましては、お手数ですがコピーにてご対応をお願い致します。

お支払い方法	① <input type="checkbox"/> 銀行振込 ② <input type="checkbox"/> クレジットカード				
	①銀行振込をご希望のお客様は、予約確認書とご請求書を後日郵送致します。 ②クレジットカードをご記入のお客様は、お引き落とし後予約確認書を後日郵送致します。				
カード種類	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> DINERS <input type="checkbox"/> MASTER				
カード番号					
有効期限	ご署名				

【ご返金先口座】お支払いが銀行振込の場合のみご記入ください。(変更・取消等の返金先)

銀行名	支店名	種 類	口座番号	口座名義人
銀行	支店	普通・当座		

※ご記入頂いた個人情報は、大会参加手続及びご旅行手配のために一般社団法人青森県歯科医師会と共同して利用致します。

■参加申込・宿泊のお問合せ先【旅行企画・実施】  
 (株)近畿日本ツーリスト東北 青森支店  
 「第81回全国学校歯科保健研究大会」デスク[担当:伊藤/藤田/鎌倉]  
 〒030-0801 青森県青森市新町1-1-14 損保ジャパン日本興亜青森ビル3階  
 TEL 017-722-5500 FAX 017-773-5165  
 平日9:30~17:30 土・日・祝日休み  
総合旅行業務取扱管理者/内田 修  
 観光庁長官登録旅行業第1925号 JATA正会員 ボンド保証会員

■大会に関するお問合せ先  
 一般社団法人 日本学校歯科医会  
 〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20  
 TEL 03-3263-9330 FAX 03-3263-9634