

「高齢期における口腔機能低下」に関する
学会見解論文の公表
参加申込書

一般社団法人 日本老年歯科医学会 事務局 行

【送信先】 FAX : 03-3947-8341 / E-mail : gakkai30@kokuhoken.or.jp

※ 申込期限 平成28年11月18日(金)

日時：平成28年11月22日(火) 15時～
場所：東京歯科大学 西棟1階ラウンジ
〒101-0061 東京都千代田区三崎町2-9-18

※ご出席の方は当日、名刺をお持ちください。受付にて頂戴いたします。
※複数名をまとめて申し込む場合は、出席者全員のお名前をご記入ください。
※参加申込書と同様の内容をメール本文に記載し、お送りいただいても構いません。

以下のとおり参加申込をします。

ご芳名： _____

貴社名： _____

部署名： _____

媒体名： _____

該当するものに○を付けてください。

新聞 ・ 雑誌 ・ 書籍 ・ 器材販売
テレビ ・ ラジオ ・ ネット ・ その他 ()

TEL : _____ FAX : _____

E-mail : _____

※ご記入頂いた個人情報は、本件に関する出欠受付のほか、各種連絡および今後の本会の活動に関するご案内等に使用させて頂き、本目的以外には使用いたしません。

※開催当日、実施記録として写真撮影・録音・録画等を行う場合がございます。また、撮影した写真等の一部を本会ホームページおよびニュースレター等に公開する場合がございますので、予めご了承ください。

【一般社団法人 日本老年歯科医学会】

東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル

TEL:03-3947-8891 FAX:03-3947-8341 Eメール:gakkai30@kokuhoken.or.jp