

事前参加申込書（事前登録開始 7 月 20 日 締切 9 月 7 日）

岡山ケア 2018 大会事務局（新庄村国保歯科診療所）行

FAX 送信先：0867-56-3434

- ・下記ご記入の上、新庄村国保歯科診療所まで FAX にてお申し込みください。
- ・「申込み担当者」様が参加される場合は、下記参加者情報欄（②）にも再度ご記載ください。
- ・参加者が 6 名以上の場合は本用紙を 2 枚ご利用ください。
- ・E-mail アドレスを必ず記載ください。参加費振込先をその E-mail アドレスへ案内いたします。
- ・学生の方は「学生証」と「在学証明書」のコピーも FAX で送信下さい。

事前登録

いずれかの研究会会員 3,000円
会員外医師・歯科医師 6,000円
その他の職種 5,000円

弁当（お茶付き） 700円
懇親会参加費 6,000円
※弁当と懇親会は学生も有料です。

当日登録

いずれかの研究会会員 5,000円
会員外医師・歯科医師 7,000円
その他の職種 6,000円

※病院歯科介護研究会、NPO法人対人援助・スピリチュアルケア研究会の会員の大会参加費の適応は9月7日時点で会員会費完納者に限ります。
当日参加登録の参加費は、会場にてお支払いとなります。※学生（大学院を除く）は大会参加費無料です。ただし、事前参加登録が必要です。

①【申込み担当者 情報】

登録日	平成30年	月	日
氏 名			ふりがな
所属施設			
所属部署			
連絡先 （申込み担当者）	※希望連絡先（チェックをお入れください） ☐ 自宅 ☐ 所属施設 〒 - -		
電話番号	- -	（内線）	FAX - -
E-mail（振込先をメールで案内します）	@		

②【参加者 情報】申込み担当者も参加される場合は、下記にも再度ご記入ください。

参加者 1	氏 名			ふりがな	
	所属部署			職 種	
	参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【非会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【対人援助・スピリチュアルケア研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【学 生】 ☐			
	会員番号		弁当	☐ 必要	懇親会 ☐ 参加
参加者 2	氏 名			ふりがな	
	所属部署			職 種	
	参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【非会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【対人援助・スピリチュアルケア研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【学 生】 ☐			
	会員番号		弁当	☐ 必要	懇親会 ☐ 参加
参加者 3	氏 名			ふりがな	
	所属部署			職 種	
	参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【非会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【対人援助・スピリチュアルケア研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【学 生】 ☐			
	会員番号		弁当	☐ 必要	懇親会 ☐ 参加
参加者 4	氏 名			ふりがな	
	所属部署			職 種	
	参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【非会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【対人援助・スピリチュアルケア研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【学 生】 ☐			
	会員番号		弁当	☐ 必要	懇親会 ☐ 参加
参加者 5	氏 名			ふりがな	
	所属部署			職 種	
	参加区分	【病院歯科介護研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【非会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【対人援助・スピリチュアルケア研究会会員】 ☐ 医師・歯科医師 ☐ その他職種 ☐ 【学 生】 ☐			
	会員番号		弁当	☐ 必要	懇親会 ☐ 参加

問い合わせ先 岡山ケア 2018 大会事務局（新庄村国保歯科診療所）

TEL 0867-56-3056 FAX.0867-56-3434 E-mail. hisanobu@mx9.tiki.ne.jp