

# 第 32 回 日本歯科色彩学会 総会・学術大会

## 事前参加登録申込書

2025 年 7 月 19 日(土)まで

氏 名		所属（住所）、電話番号 メールアドレスを必ずご記入下さい	申込内容 該当項目に☑して下さい
1			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会
2			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会
3			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会
4			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会
5			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会
6			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学術大会 <input type="checkbox"/> 懇親会

○学術大会参加費（会員）      : 10,000 円×\_\_\_\_\_人      （非会員）: 12,000 円×\_\_\_\_\_人

○懇親会参加費                      : 8,000 円×\_\_\_\_\_人

○合 計      \_\_\_\_\_円（合計金額をご記入下さい）

○指定銀行口座に\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に振り込みました。

○備考欄（参加者と振込名義人が異なる場合には振込名義人をご記入下さい）

送付先    FAX : 048-685-5239      Email : color@dtcs.ac.jp