

※ 大会ホームページ (www.72th-gakkou.jp/) から申し込みできます。

## 第72回全国学校歯科保健研究大会 参加・宿泊・弁当申込書 《お申込締切 9月5日(金)迄》

都道府県名	申込代表者氏名	TEL
	住所 〒	FAX
下記の通り申し込みます。 平成20年 月 日	所属団体・学校名	E-MAIL

番号	ふりがな 氏名	職名 (下記※1参照)	所属団体・学校名	参加費	第1日目(10月16日木)				第2日目(10月17日金)			宿泊希望			宿泊ランク		同室者
					大会	自由集会	弁当	夕食	領域別研究協議会	全体会	弁当	15日(水)	16日(木)	17日(金)	第一希望	第二希望	
例	かながわ けんた 神奈川 健太	①2・3・4・5・6・7	〇〇学校	3000	出欠	出(1)欠(2)	〇	A-1	出(幼・小)中(高・特)欠	出欠	〇	〇	〇	×	1-1	3-1	
1		1・2・3・4・5・6・7		3000	出欠	出(1・2)欠			出(幼・小・中・高・特)欠	出欠							
2		1・2・3・4・5・6・7		3000	出欠	出(1・2)欠			出(幼・小・中・高・特)欠	出欠							
3		1・2・3・4・5・6・7		3000	出欠	出(1・2)欠			出(幼・小・中・高・特)欠	出欠							
4		1・2・3・4・5・6・7		3000	出欠	出(1・2)欠			出(幼・小・中・高・特)欠	出欠							
5		1・2・3・4・5・6・7		3000	出欠	出(1・2)欠			出(幼・小・中・高・特)欠	出欠							
予定金額内訳: 大会 3,000円× 名 弁当 10月16日 1,000円× 個 10月17日 1,000円× 個 宿泊(第一希望) 円× 名 × 泊 夕食 10月16日 円× 名																	
返金時の振込口座 (銀行名) (支店名) (口座番号) (名義) 合計金額 円																	

※職名欄は次の区分によって1~7の中から選び、該当の数字を○で囲んでください。

1. 学校関係者 2. 教育委員会関係者 3. 医療関係者 4. 学校歯科医 5. 歯科医師 6. 歯科教育関係者 7. その他

※参加者が多い場合はこの用紙をコピーしてお使い下さい。(申込書が複数枚にわたる場合は合計枚数を明記してください)

枚目/合計 枚

**【参加申込書送付・問い合わせ先】**  
 近畿日本ツーリストトラベルサービスセンター 「第72回全国学校歯科保健研究大会」係 (担当:金子)  
 〒130-0022 東京都墨田区江東橋3-4-2 錦糸町マークビル3階 TEL:03-6730-3222 FAX:03-6730-3230

**【大会に関するお問い合わせ】**  
 第72回全国学校歯科保健研究大会事務局 (担当:瀬下・細谷)  
 〒231-0013 神奈川県横浜市中区住吉町6-68 TEL:045-681-2172 FAX:045-681-2426