

**第 69 回日本矯正歯科学会大会 R T D 参加申込書**

参加を希望するテーブル番号を、下記に 3 つまでご記入下さい。

(第 1 希望のみ必須です。第 2、3 希望がない場合は、×印をご記入下さい。)

第 1 希望テーブル： \_\_\_\_\_

第 2 希望テーブル： \_\_\_\_\_

第 3 希望テーブル： \_\_\_\_\_

氏名	所属（勤務先）	電話番号	FAX	E-mail

希望者多数の場合にはご希望に添えない場合があることをご了承下さい。

キャンセルの受付はできかねます。ご都合の悪い場合は、代理出席者をご手配下さい。代理出席者を確保できない場合でも参加費の返金はできかねますので予めご了承下さい。また、同一所属機関から同じテーブルに多数のお申込みがあった場合、他の参加者の方を優先することがありますのでご了承ください。遅刻した場合入場をお断りする場合があります。さらに、途中退席は認められません。

**申込締切： 7月30日（金）**

上記、必要事項を記入の上、**大会事務局まで FAX 送信(03-5549-3201)**して下さい。

**お問合せ先**

第 69 回日本矯正歯科学会大会 大会事務局

107-0052 東京都港区赤坂 2-2-12 N B F 赤坂山王ビル 4F 榊インターグループ内

TEL: 03-5549-6913 FAX: 03-5549-3201 E-mail: jos-meeting@intergroup.co.jp