

第 67 回歯科基礎医学会学術大会

❖ 寄付金の申込 ❖

年 月 日

第 67 回歯科基礎医学会学術大会

会長 竹内 弘 殿

第 67 回歯科基礎医学会学術大会の目的・趣旨に賛同し、
その運営資金として下記の金額を寄付します。

金額 円

ご芳名 又は法人名			
担当部署		担当者氏名	
ご連絡先	ご住所	〒	
	電話番号		
	FAX 番号		
	E-mail		
ご入金予定日	年 月 日		

《 寄付金振込先 》

銀行名：西日本シティ銀行 南小倉支店（店番号：251）

口座番号：（普） 3106556

口座名義：第 67 回歯科基礎医学会学術大会 大会長 竹内 弘
（ダイ 67 カイシカキソイガクカイガクジユツタイカイ
タイカイチョウ タケウチ ヒロシ）

《 お問合せ先・申込書送付先 》

第 67 回歯科基礎医学会学術大会 運営事務局
株式会社オービット内

〒806-0067 北九州市八幡西区引野 1 丁目 5-31-101

E-mail: jaob67@orbit-cs.net

大会ホームページ: <https://orbit-cs.net/jaob67/>