

第 67 回歯科基礎医学会学術大会

❖ ランチョンセミナー共催申込書 ❖

年 月 日 (申込締切：2025 年 6 月 30 日)

貴社名				
担当部署			担当氏名	
ご連絡先	住所	〒		
	電話	(内線:)	FAX	
	E-mail			

ご希望会場に○をご記入ください。※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

会場	部屋名	収容人数 (予定)	共催費	ご希望に○
A 会場	メインホール	500 名	300,000 円	
C 会場	国際会議室	150 名	200,000 円	
D 会場	21 会議室	100 名	200,000 円	
E 会場	22 会議室	50 名	100,000 円	

セミナーの内容 (後日でも結構です)

テーマ	
座長・所属	
演者・所属	
共催社名	

※上記は抄録集の原稿となります。

《共催金振込先》

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ュツタイカイ
 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/>