

第 日本摂食嚥下 28 リハビリテーション 回 学会学術大会



臨時会費 振込届

送信先：FAX 052-848-6569

(一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会事務局宛)

| | |
|--------|----------------------------------|
| ふりがな | |
| 筆頭演者 | |
| 所属 | |
| 会員番号 | |
| e-mail | |
| 演題登録番号 | |
| 振込金額 | _____円 (臨時会費 1,000円×臨時会員 ____名分) |
| 臨時会員名 | 臨時会員の氏名・フリガナをご記載ください。 |
| 振込日 | 2022年__月__日 |
| 振込名義 | |