

第 33 回 HAB 研究機構学術年会 寄付申込書

送付先：〒272-8513 千葉県市川市菅野 5-11-13 東京歯科大学市川総合病院
角膜センター内 HAB 研究機構
第 33 回 HAB 研究機構学術年会事務局
学術年会長 中井 大介
TEL : 047-329-3563, FAX : 047-329-3565
e-mail : nennkai@hab.or.jp

1 □ 50,000 円

□数 _____ □

金 _____ 円也

会の趣旨に賛同して、上記金額を第 33 回 HAB 研究機構学術年会の寄付金として
年 月 日に振込み致します。

社 名 :
住 所 : 〒

担当者氏名 :
電話番号 :
FAX 番号 :

* 年会ご招待状の送付先が寄付ご担当様と異なるようでしたら、お手数ですが下記に送付希望先のご住所と氏名のご記入をお願いいたします。

ご招待状の送付先
住 所 : 〒

氏名 :
電話番号 :