

第 25 回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会

臨時会費振込届

送信先：FAX 052-848-6569

(日本摂食嚥下リハビリテーション学会事務局)

筆 頭 演 者 名	フリガナ ()
所 属	
会 員 番 号	
連 絡 先 E-mail	※書類の内容について、事務局からご連絡を差し上げる場合がございます。
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・フリガナをご記入ください。
振 込 日	
振 込 名 義 人	