

# ポスターセッション FAX 演題申し込み

申込日                      年        月        日

演題名

---

歯科医院名

---

筆頭演者

---

第 2 演者

---

第 3 演者

---

共同演者(複数)

---

演題締切 12月31日(火)

問い合わせ先: 国際歯周内科学研究会事務局 江越

〒863-0032

熊本県天草市太田町 8-10 太田町ビル 1F

TEL 0969-24-1822 FAX 0969-24-1801

Eメール isimp-2001.9@nifty.com

FAX 送付先 0969-24-1801