

第24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

返信先 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	
払 込 名 義 人	