

コピーして全ての荷物側面に貼付してください。

第 53 回公益社団法人日本口腔インプラント学会学術大会 ポスター・チラシ送付票

貴学会・団体名： _____

ご担当者名： _____

当日の連絡先： _____

送付物の内容にチェックをご記入ください。

ポスター チラシ

その他（ _____ ）

個口

送付先：

第 53 回日本口腔インプラント学会学術大会 運営本部

〒003-0006 札幌市白石区東札幌 6 条 1 丁目 1-1

札幌コンベンションセンター 1F「控室」

TEL：011-817-1010

9 月 15 日（金）AM 必着