

FAX 返信先⇒ (058) 327-1984

朝日大学歯学部同窓会事務局 行



朝日大学歯学部同窓会

創立40周年記念事業 参加申込書

ご芳名	[期 番]
ご同伴者 (名)	
ご住所	〒 -
TEL	- - [自宅等・携帯]

ご出席の会を↓塗りつぶしてください

11/18(土)	記念式典	<input type="checkbox"/>	参加費 おひとり様 一律 15,000円 (ご同伴者 10,000円)
	記念祝賀会	<input type="checkbox"/>	
	クラス会	<input type="checkbox"/>	
11/19(日)	大学見学ツアー	<input type="checkbox"/>	無料

※ 参加費のご入金と本状の受領をもって、お申込み受付とさせていただきます。

※ 一部参加の方も、同窓会費が未納の方も、参加費は同じです。

お申込み期限

9月15日(金) 必着