

ポスターセッション FAX 演題申し込み

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 月末日

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