樹木医学会第 15 回大会　参加申込書

9 月 30 日（木）必着（郵送に限る）

＊該当する項目の□欄にレ印を記入してください.

□　大会参加　　正会員　・　学生会員　・　非会員　　（いずれかに○）

ふりがな

氏　名：

所　属：

連絡先：〒

TEL：　　FAX：

E-mail：

□　懇親会

□　研究発表

発表題目：

氏名（発表者の前に○）	所　属

発表形態：　口頭発表　・　ポスター発表　　（希望するものに○）

□　展示

展示物および展示の表題：

展示者の氏名および所属：

必要とするスペース，展示台の大きさ：

【 申込・問合せ先 】

樹木医学会第 15 回大会事務局

〒422-8529　静岡市駿河区大谷 836

静岡大学農学部　植物病理学研究室

瀧川雄一

TEL 054-238-4824, FAX 054-237-3028, e-mail: abytaki@agr.shizuoka.ac.jp

※ご記入に当たっては，「樹木医学会第 15 回大会のお知らせ」をよくお読み下さい.