

特定非営利活動法人 日本がん口腔支持療法学会

第12回 学術大会

ご寄附のお願い

謹啓 貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃は、学会活動に多大なご理解とご協力を賜り誠に有り難うございます。

この度、2026年12月5日(土)、6日(日)にわたり、国立がん研究センター研究所新研究棟において『日本がん口腔支持療法学会第12回学術大会』を開催する運びとなりました。

この学術大会におきましては、がん口腔支持療法の推進と情報交換などを目的に、歯科医師、医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士などの医療関係従事者等が、約300名参加する予定です。

本会の意義・役割をご理解いただき、ご支援ご協力について、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

まずは略儀ながら書中をもちましてお願い申し上げます。

謹 白

特定非営利活動法人日本がん口腔支持療法学会
第12回学術大会
大会長 阿部 雅修



記

- 1 大会名 特定非営利活動法人日本がん口腔支持療法学会 第12回学術大会
- 2 ご寄附 1口 1万円 より
3. 振込先口座 金融機関名：PayPay 銀行（企業コード：0033）
支店名：ビジネス営業部（支店コード：005）
口座種目：普通 口座番号：1484050
口座名義：日本特定非営利活動法人 がん口腔支持療法学会第12回
(寄付金控除の対象となります)
- 4 お問い合わせ先 日本がん口腔支持療法学会 第12回学術大会事務局
〒135-8550 東京都江東区有明 3-8-31
公益財団法人 がん研究会有明病院 歯科口腔外科
担当：田代 美子
〒135-8550 東京都江東区有明 3-8-31
TEL：03-3570-0111（大代表）
E-mail:jaoscc2026@jaoscc.org

令和 年 月 日

ご寄附申込書

特定非営利活動法人 日本がん口腔支持療法学会

第 12 回 学術大会 事務局 行

E-mail : aoscc2026@jaoscc.org

第 12 回学術大会ご寄附申し込みをいたします。

ご芳名	
ご寄附金額	() 口、 計 () 万円
ご所属	
ご住所	〒 _____
TEL	
FAX	
E-mail	
通信欄	

振込先口座：金融機関名：PayPay 銀行（企業コード：0033）

支店名：ビジネス営業部（支店コード：005）

口座種目：普通 口座番号：1484050

口座名義：日本特定非営利活動法人 がん口腔支持療法学会第 12 回学術大会

お問い合わせ先

日本がん口腔支持療法学会 第 12 回学術大会事務局

〒135-8550 東京都江東区有明 3-8-31

公益財団法人 がん研究会有明病院 歯科口腔外科 田代 美子

TEL：03-3570-0111（大代表）

E-mail:jaoscc2026@jaoscc.org