

歯科再生医療産学連携会議発足の趣意に賛同いただいた方は下記フォームにご記入頂き、事務局まで郵送、FAX または E-mail でお送りください。

入会申し込みフォーム

お名前	
ふりがな	
役職	
連絡先名称	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX	
E-mail	

送付先

〒951-8514

新潟市学校町通り2番町5274番地

新潟大学大学院医歯学総合研究科硬組織形態学分野気付

歯科再生医療産学連携会議(歯科再生会議)事務局

教授 大島 勇人

FAX:025-227-0804

E-mail: histoman@dent.niigata-u.ac.jp