顎顔面口腔育成研究会　入会申込書（個人会員用）

平成　　　年　　　月　　　日

下記の各項目にご記入の上、事務局までFAXで送信していただくようお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員種別 | 医師 ・ 歯科医師 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士 ・ その他医療従事者 | |
| （ローマ字） |  |  |
| 名前 |  |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |
| 所属機関名（連絡先） |  |  |
| 住所 | （〒　　　　　　　－　　　　　　　　　　　） |  |
|  |  |  |
| TEL |  |  |
| FAX |  |  |
| （カナ） |  |  |
| メールアドレス |  |  |

顎顔面口腔育成研究会事務局

〒193-0935　 東京都八王子市大船町660番地

顎顔面口腔育成研究会

FAX： 050-3458-1914

Mail： secretari@iosinc.co.jp

入会金振込 振込先 紀陽銀行　羽倉崎（ハグラザキ）支店

普通預金　599665

口座名義 顎顔面口腔育成研究会（ｶﾞｸｶﾞﾝﾒﾝｺｳｸｳｲｸｾｲｹﾝｷｭｳｶｲ）

（入会金は会則に従ってお振込みくださいますようお願い致します。）