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。）