

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 (ガクガソメンコウクワイケイケンキュウカイ)

(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。)