

病院歯科介護研究会 入会申込書

会員No.	No. _____ (事務局記入欄)	
氏名	フリガナ	
	氏名	
所属	施設名	
	部署	
	職種	
勤務先住所	〒	
	住所	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	
自宅住所	〒	
	住所	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	
書類送付先	1. 勤務先 (どちらかに○をお付け下さい)	
	2. 自宅 (どちらかに○をお付け下さい)	
連絡先メールアドレス (携帯不可)	パソコンのメールアドレス :	
	※ 会員の皆様へ文書ファイル等をメールに添付してお送りする場合があります。携帯のメールアドレスではファイル添付ができませんので、必ずパソコンのメールアドレスでのご登録をお願い申し上げます。	

手続きの方法

- ① 入会申込書をFAXにてお送りください。 病院歯科介護研究会 事務局 FAX: 0868 - 22 - 6527
- ② 年会費をお振り込みください。中国銀行 岡山駅前支店 (普) 1839339 病院歯科介護研究会代表 小林芳友
- ③ 会費の受領をもって入会日とさせていただきます。後日、事務局より会員番号をお知らせいたします。