

全身と咬合の会・横浜 入会申込書

20 年 月 日

フリガナ	
氏名	
連絡先住所	〒 _____
電話番号	
FAX	
メールアドレス	
勤務先又は 所属研究機関	
職業 (該当に印)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療関係者 (鍼灸師・柔道整復師・理学療法士・歯科衛生士・技工士) <input type="checkbox"/> 一般の方

必要事項をご記入の上、FAXにてご送信下さい。

FAX 送付先: 03-3399-0648 全身と咬合の会・横浜 事務局 川村歯科医院内

<年会費について>

年会費(10,000 円)を下記口座にお振込み下さい。当会の会計年度は 7 月から翌年 6 月末までです。

定期講演会には別途・講演会参加費(会員価格)が必要です。

年会費振込先: りそな銀行鶴間支店(普)1394019 全身と咬合の会 石塚義彰

ゼンシントコウゴウノカイイシヅカヨシアキ

(2020.1.26.)