## 成育歯科医療研究会 入会申込書

	<u>記入年月日:西暦</u>	年	月	且
ふりがな				
お名前				
勤務先				
勤務先住所				
勤務先電話番号				
FAX番号				
自宅住所				
自宅電話番号				
FAX番号				
e-mailアドレス				
連絡先(書類届け先)	勤務先			
出身校(卒業年度)				

この度は入会のお申し込みをいただき誠に有り難うございます。 必要事項をご記入の上、FAX (088-633-9132) にてお送り下さい。 また、入会金: 5,000円、年会費10,000円の合計15,000円を下記まで お振り込み頂けます様お願い申し上げます。

振込先 三井住友銀行鹿児島支店(店番号 508)

> 普通口座 6487482 成育歯科医療研究会 岩崎智憲

※入金確認の都合上、お手数ですが、お振込は個人名で、 また、入金予定日をご記入下さい

<u>年 月 日頃</u>

成育歯科医療研究会 事務局 徳島大学大学院医歯薬学研究部小児歯科学分野内

担当 北村尚正

電話:088-633-7359 FAX: 088-6339132

kitamura.takamasa@tokushima-u.ac.jp