

## 成育歯科医療研究会 入会申込書

記入年月日：平成 年 月 日

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 ・ 自宅
出身校（卒業年度）	（ 年卒）

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（099-275-6268）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    6 4 8 7 4 8 2  
                               成育歯科医療研究会 永田和久

※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

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃

成育歯科医療研究会 事務局  
 鹿児島大学歯学部小児歯科内  
 担当 岩崎

電話：099-275-6262

FAX：099-275-6268

E-mail：yamame@dentb.hal.kagoshima-u.ac.jp