

年 月 日

入会申込書

私は日本臨床歯科学会北陸支部に入会したく、下記必要事項を記入の上、ここに申し込みます。

歯科医師 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手

(フリガナ)

氏名 _____ 印 _____

年齢 _____ 歳 携帯電話 _____

卒業大学・学校 _____

勤務先名 _____

勤務先住所(連絡先)

〒 _____ TEL _____

FAX _____

E-mail

紹介者

SJCD コース受講 (あり・なし) コース

その他所属しているグループ

	入会金	年会費
歯科医師	10,000 円	30,000 円
歯科技工士	5,000 円	12,000 円
歯科衛生士	3,000 円	8,000 円
歯科助手	3,000 円	8,000 円

会費はクレジットカード払いになりますので、理事会で入会申し込み承認後、後日クレジットカードの登録が必須になります。

送信先 FAX 番号 076-251-9115 (日本臨床歯科学会 北陸支部事務局 宛)
