

【先進歯科画像研究会「入会申込」フォーム】 (FAX 申込用)

※事務局から、メールにて「入会受付」を返信いたします。
(メールでの返信になります、必ずご確認ください。)

先進歯科画像研究会・入会申込書

ふりがな 氏名			
生年月日 (西暦)	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所・郵便番号	〒 ー		
電話	()	FAX	()
メールアドレス	@		
	※入会証は、メールでのご返信になりますので、正確にご記入ください。		
職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師・医師、それに準じる職種 ●年会費 5,000 円 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・歯科技工士・看護師、それに準じる職種 ●年会費 3,000 円 <input type="checkbox"/> 研修医・学生 ※年会費は、2019年12月31日までの会費です。		
通信欄			
所属・勤務先 (学校)			
勤務先電話	()	勤務先 FAX	()

《送信先》

FAX:047-360-9418 メール:tokunaga.satoshi@nihon-u.ac.jp

※ お申込後 3 日間以降、返信の無い場合は事務局まで、ご連絡ください。

※ お申込後、入金確認の上、事務局より「入会証」の返信をいたしますが、お時間をいただきます。

先進歯科画像研究会

事務局：徳永 悟士

メール:tokunaga.satoshi@nihon-u.ac.jp

電話:047-360-9416