

# 入会申込書

申込日 年 月 日

私は、北海道子供の歯を守る会の趣旨に賛同し、下記の通り入会を申し込みます。

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
フリガナ			
住所	〒		
電話番号		FAX	
電子メール			
フリガナ			
勤務先			
フリガナ			
勤務先住所	〒		
電話番号		FAX	

## 会員種別

いずれかに○をお付け下さい。

- 1 開業歯科医
- 2 勤務歯科医
- 3 一般 ・歯科衛生士 ・歯科助手 ・その他( )
- 4 団体