

(様式 2)

直属会員入会申込書

九州歯科大学同窓会長 様

会員の種別に基づき、下記の通り（入会・登録）を申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
		卒業期	期	性別	男・女
現住所	〒				
TEL		FAX			
E-mail					
勤務先 住所	〒				
所属		部署		役職	
TEL		FAX			
E-mail					

必ず以下の送付先にチェックしてください

* 会報等の送付先： 現住所 勤務先

あてはまる要件に○を付けてください

<input type="checkbox"/>	医育機関の教職員等	<input type="checkbox"/>	専業主婦等の歯科医業非従事者
<input type="checkbox"/>	国及び地方自治体の職員	<input type="checkbox"/>	海外在住の卒業生

* 「入会」とは、本会未入会者が入会する場合です。入会金、年会費を添えて申し込んでください。

「登録」とは、本会入会済で本部未登録者が登録する場合です。入会金は必要ありません。