

(様式 3)

研修医会員入会申込書

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 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
卒業大学		卒業年	平成	年卒業	
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

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

* 研修終了後は勤務先の同窓会へ登録が必要です。