

(様式 4)

学生会員入会申込書

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		
		出 身	都道府県	性 別	男・女
出 身 高 校		入 学 年	平成	年入学	
現住所	〒				
TEL		FAX			
E-mail					
帰省先 住 所	〒				
保護者氏名					
TEL		FAX			
E-mail					

* 入会金, 年会費を添えて申し込んでください。