

# 入 会 申 込 書

西暦 年 月 日

日本歯科衛生士連盟会長 様  
\_\_\_\_\_ 歯科衛生士連盟会長 様

会員番号 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印) (自筆の場合は印鑑がなくても可)

〒

現住所 \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

貴連盟に入会したいので、下記入金方法で申し込みます。

送金方法	銀行振込 (銀行名 _____ )
	郵便振替
	現 金
振込年月日	西暦 年 月 日

※申込書に記載された個人情報は会員管理に限り使用し、第三者に提供することはありません。