**日本訪問歯科協会**

**賛助会員　入会申込書**

申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | 賛助会員　入会金: 100,000円　年会費: 60,000円 |
| フリガナ |  |
| 会社名 |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者役職名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 会費納入予定日 | 年　　　月　　　日 |
| 領収書発行 | * 不要　　　　　□　要
 |
| 連絡先情報（本件についての問い合わせ部署・ご担当者様の情報） |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| E-Mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

**日本訪問歯科協会　事務局　FAX：0120-１９９-５０５**