

賛助会員申込書

■ マスティック臨床研究会の活動趣旨に賛同し、下記のとおり賛助会員に申し込みをいたします。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

必要事項をご記入いただき郵送もしくはFAXにて下記送付先(事務局)までお送りください。申込書を受理のうえ、会費のお振込み確認後に所定の手続きを開始いたします。

団体名	フリガナ		
代表者名		業種	
担当者名		業務内容	
電話番号		FAX	
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	リンク	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
E-MAIL	@		
住所	フリガナ		
	〒		
会費	賛助会員入会金	30,000円	年会費は入会月に関わらず入会年の4月1日～翌3月31日分となります。
	賛助会員年会費	10,000円	

※提供いただいた個人情報は、当機構個人情報保護方針にしたがって適正に管理いたします。

【振込先】			
銀行名	三井住友銀行	支店名	宮崎台支店 (793)
預金種目	普通預金	口座番号	6926149
口座名義	ギリシャマスティック口腔臨床研究会 会長 両角 旦 (モロズミアキラ)		

※振込手数料はご負担ください。

※一度納入された会費は返却できませんのでご了承ください。

【紹介者】		様	ご紹介者がいる場合にはご記入ください。
【送付先】	FAX	045-330-6480	

【問合せ先】

マスティック臨床研究会

〒238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町82 神奈川県歯科大学

東京事務局 03-3414-5028