

一般社団法人ASEAN歯科医療ネットワーク 入会申込用紙

一般社団法人 ASEAN歯科医療ネットワークに入会を希望します。

申込日 平成 年 月 日

会員 NO.

会員の種類	いずれかを○で囲んでください		
	一般会員	法人会員	
ふりがな			
氏名または 医院名、会社名	(代表者)		
ふりがな			
住 所	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			
入会金・会費 納入予定日	平成 年 月 日	振込人名義	
振込金額	入会金 10,000円	会 費 (2,000円× か月分)* 円	※会費は、月額2,000円を 12月末までの残月分を 振込ください
	合 計 円		
振 込 先	スルガ銀行 東京支店 普通預金 口座番号:3522243 名義:一般社団法人 ASEAN歯科医療ネットワーク 代表理事 和久本 雅彦		

FAX送信先

一般社団法人 ASEAN歯科医療ネットワーク 事務局



03-3811-4418



info@adn.or.jp