

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 令和 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 | 令和 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 |
| | 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代行
アカデミック・スクエア株式会社

 **075-468-8773**

 asean@ac-square.co.jp