

UCLA インプラントアソシエーションジャパン入会申込書

私は、UCLA インプラントアソシエーションジャパンの主旨に賛同し入会します。

平成 年 月 日

※下記①～⑥へ支障の無い範囲でご記入ください。

※お手数ですが分かりやすい字体でご記入をお願いいたします。

(フリガナ)

(フリガナ)

①氏名： _____

賛助会員担当者氏名： _____

(ローマ字)

(ローマ字)

②勤務先

勤務先名 (所属・役職)

住所：〒

TEL：

FAX：

③自宅

住所：〒

TEL：

FAX：

④E-Mail：

※携帯電話アドレス不可

⑤会員種別

1. 正会員 (歯科医師) 2. 準会員 (歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手)
3. 特別会員 (研修医・大学院生・学生・専門学生) 4. 賛助会員

⑥連絡先

勤務先 ・ 自宅

※⑤・⑥はいずれかに○をつけてください。

■希望するセミナーがございましたらセミナー名もご記入くださいませ。

本申込書に必要事項をご記入の上、下記まで FAX してください。

FAX 送信 No : 03-3947-8873