



特定非営利活動法人 歯科ネットワーク岡山から世界へ

入会申込書

記入日 年 月 日

フリガナ			
氏名 漢字表記	法人の場合は、法人の正式名称と代表者の肩書・氏名をご記入ください		
生年月日 法人の場合は記入不要	昭・平 (歳)	年 月 日 生まれ	性別 男・女
ご自宅 法人の場合は 本社・本店の 所在地	住所	フリガナ	
		〒	
	電話	F A X	
	携帯		
	E-mail	@	
Skype ID または Face Time 用アドレス ;			
ご希望の 連絡方法	郵便・電話・F A X (自宅・ご勤務先)・携帯電話・Eメール(PC・携帯) ※携帯電話メールをご指定の場合は、“main-info@dnw.or.jp”からのメールを受信できるように設定をお願いします。		
◎ここから下は、差し支えなければお書きください。			
氏名の アルファベ ット表記	パスポートに記載されているものと同じ表記		パスポート番号 (例: MS2485566)
ご勤務先 法人の場合は 記入不要	フリガナ		
	名称		
	住所	〒	
	電話		
	F A X		
	E-mail	@	
	HP		

会員の種別 (ご希望の種別に○をして下さい。)

会員種別	<input type="checkbox"/> 歯科医師会員	<input type="checkbox"/> 一般会員	<input type="checkbox"/> サポーター会員	<input type="checkbox"/> その他の種別 ()会員
------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--

別添「会員規約」および「個人情報保護に関する基本方針」に同意します【 】

同意であれば【 】に○印をご記入願います。

アンケート ● 当会を知ったきっかけは？ HP / ネット検索 / 紹介 / その他 ()

● 当会への希望・期待についてお聞かせください。

{

ご協力ありがとうございました