

FAX 0493-62-8944 埼玉県立嵐山郷医療部歯科
黒木 洋祐 行き

埼玉県病院歯科連絡協議会 入会申込書
(個人会員用)

申込者氏名	住所	電話番号
	〒	
勤務先名称	勤務先所在地	勤務先電話番号
	〒	FAX
	E-mail	
勤務先診療科	役職	

私は埼玉県病院歯科連絡協議会に入会したく、年会費を添えて入会申し込みをいたします。

埼玉県病院歯科連絡協議会代表理事殿

令和 年 月 日

(自署) 氏名 _____

(事務局使用欄)

受付	入金確認			会員番号