

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  
(賛助会員用)

賛助会員氏名 (名称)	住所	電話番号
	〒	
担当者氏名	担当者連絡先	FAX 番号
	〒 E-mail	FAX
申し込み口数		

私共は埼玉県病院歯科連絡協議会に賛助会員として入会したく、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) 名称 \_\_\_\_\_

(事務局使用欄)

受付	入金確認			会員番号