

# 入 会 申 込 書

様式 1

年 月 日

日本歯科衛生士連盟会長 様

歯科衛生士連盟会長 様

会員番号 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ (自筆の場合は印鑑がなくとも可)

〒

現住所

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

貴連盟に入会したいので、下記入金方法で申し込みます。

送金方法	銀行振込 銀行名 _____
	郵便振替 _____
	現金 _____
振込年月日	西暦 年 月 日

申込書に記載された個人情報は、本連盟規約第2条に則り、会員管理及び本連盟に必要な政治活動に使用し、目的以外の第三者に提供することはありません。