

# 特定非営利活動法人POIC研究会入会申込書

申込日 年 月 日

私は、POIC研究会の規約、会則に同意し、POIC研究会に入会します。

※は記載漏れがないようお願いいたします。

フリガナ			
※氏名	医師・歯科医師・DH・DA 歯科受付・看護師・介護士 その他（ ）		
※生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
勤務先名			
フリガナ			
※勤務先住所	〒 都道 府県		
※TEL		携帯電話	
※FAX		※連絡メールアドレス	
上記以外の発送先をご希望の方は下記にご記入下さい			
フリガナ			
自宅 その他	〒 都道 府県		
TEL		連絡メールアドレス	
※連絡メールアドレス			
入会費	2,000円共通		
年会費	Dr.-8,000円 その他職種-3,000円 協賛企業-20,000円		
振込先	三菱UFJ銀行 深川支店 普通 0171066 特定非営利活動法人POIC研究会		

特定非営利活動法人 POIC研究会事務局

Fax 03-5245-4155 Mail info@poic.org