

特定非営利活動法人POIC研究会入会申込書

私は、POIC研究会の規約、会則に同意し、POIC研究会の会員になることを申し込みをいたします。

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				医師、歯科医師、衛生士 歯科助手			
※氏名				歯科受付 介護士、その他 ()			
※生年月日	明大 昭平	年	月	日	性別	男	女
フリガナ							
※勤務先住所	〒 都道 府県						
※TEL			携帯電話				
※FAX			※Eメール				
フリガナ							
勤務先名							
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			Eメール				

※は記載漏れがないようにお願いいたします。

特定非営利活動法人 POIC研究会事務局 Fax 03-5245-4155 Mail info@poic.org
--