

特定非営利活動法人お口の健康ネットワーク 入会申込書

個人ご登録用

お申込年月日 (西暦) 年 月 日

項目	登録内容	
氏名	(フリガナ)	
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 ・ その他 ()	
勤務先	勤務先名称	
	住所	〒
	TEL	
	FAX	
	E-mail	@
ご自宅	住所	〒
	TEL	
	FAX	
	E-mail	@
会報等送付先	勤務先 ・ ご自宅	
メルマガ登録	希望する (勤務先 ・ ご自宅) ・ 希望しない	

- ・ 申込書にご記入の上、FAX またはメール添付にてお申込ください。本会ウェブサイトの入会案内ページからのお申込も可能です。
- ・ 入会金は無料です。
- ・ 本会認定歯科衛生士の申請には、個人会員への登録が必要です。
- ・ 会員の個人情報は本会の活動以外の目的での使用はいたしません。
- ・ ご不明な点がございましたら事務局までお問合せください。

NPO 法人お口の健康ネットワーク事務局

〒700-0953 岡山市南区西市 541-1 TEL 086-250-2531 FAX 086-250-2532

E-mail: jimukyoku@oral-health-network.jp

ウェブサイト <http://www.oral-health-network.jp>