FAX： 0 8 6 9 - 2 4‐7 7 2 5

　　特定非営利活動法人　歯科ネットワーク岡山から世界へ

理事長　村木　利彦　殿

特定非営利活動法人 歯科ネットワーク岡山から世界へ

**入会申込書**

記入日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名漢字表記 | 法人の場合は、法人の正式名称と代表者の肩書・氏名をご記入ください |
| 生年月日法人の場合は記入不要 | 昭・平　　　　　年　　　　　月　　　　　日生まれ（　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| ご自宅法人の場合は本社・本店の所在地 | 住所 | フリガナ |
| 〒 |
| 電話 | 　　　　　　 | ＦＡＸ |  |
| 携帯 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ | ＠ |
| Skype IDまたはFace Time用アドレス； |
| ご希望の連絡方法 | 郵便・ 電話 ・ ＦＡＸ（自宅・ご勤務先）・ 携帯電話 ・Eメール(P C ・携帯)　※携帯電話メールをご指定の場合は、 “ main-info@dnow.or.jp ”からのメールを受信できるように設定をお願いします。 |
| ◎ここから下は、差し支えなければお書きください。 |
| 氏名のアルファベット表記 | パスポートに記載されているものと同じ表記 | パスポート番号 (例：MS2485566) |
| ご勤務先法人の場合は記入不要 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ | ＠ |
| ＨＰ |  |

**会員の種別（ご希望の種別に〇をして下さい。）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | □ 歯科医師会員 | □ 一般会員 | □ サポーター会員 | ⊡その他の種別( )会員　　　　 |

 別添「会員規約」および「個人情報保護に関する基本方針」に同意します【 】

同意であれば【 】に〇印をご記入願います。

 **アンケート** ●当会を知ったきっかけは？　HP / ネット検索 / 紹介 / その他（ ）

 ●当会への希望・期待についてお聞かせください。

ご協力ありがとうございました