

北海道病院歯科医会
入 会 申 込 書

氏 名		生年月日	年 月 日
自宅住所	〒	電話番号	
勤務先名称		役職	
勤務先住所	〒	電話番号 FAX 番号	
Eメール	@		
出身大学	大学	学部	年卒業
大学院	大学（専攻	）	年修了

入会金¥1,000、年度会費¥3,000 を添えて入会を申し込みます。

年 月 日

印

北海道病院歯科医会事務局

医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院歯科口腔外科 杉浦千尋

〒004 - 0041 北海道札幌市厚別区大谷地東1丁目1-1

【TEL】 011-890-1110

【FAX】 011-896-2202

【Mail】 sugiura@tmc-sp.org

【北洋銀行】末広町支店

【普通口座】店番号 322

口座番号 3238876

【名 義】北海道病院歯科医会

北田秀昭