

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)恵佑会 歯科口腔外科クリニック 中島頼俊

〒060-0061 北海道札幌市中央区南1条西4丁目5-1 大手町ビル 6F

【TEL】011-788-8261 【FAX】011-788-8262

【Mail】yornkj@yc5.so-net.ne.jp

【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