

日本子ども虐待防止歯科研究会御中

年 月 日

日本子ども虐待防止歯科研究会への入会を申込みいたします。

入会申込み書

フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 月 日生 ( 歳)
所属	
住所	〒 .....
電話	( ) —
FAX	( ) —
E-mail	

ご入会を希望される方へ

ご入会希望者は、上記「入会申込み書」にご記入後、下記事務局宛てに  
FAX またはメールでお送りください。

ご入会申し込み後、別紙「年会費納付のお願い」に記載の銀行口座へ会費をお振込み  
お願いいたします。

日本子ども虐待防止歯科研究会事務局  
〒541-0053 大阪市中央区本町 1-1-3 本町橋西ビル7F  
東京臨床出版株式会社 内 (担当：佐藤)  
**FAX:06-6264-7137**  
**E-mail: jdsplan@torin-pub.co.jp**