

日本舌側矯正歯科学会 賛助会員申込書

年 月 日

貴学会の趣旨に賛同し、賛助会員として下記の通り申し込みます。

氏 名 会社名 団体名	(フリガナ)
代表者氏名 (法人, 団体の場合)	(フリガナ)
住 所 (都道府県から記載)	〒
連 絡 先	TEL _____ FAX _____ E-mail _____
法人・団体の場合 ご担当者名	(所属部署) _____
入会金および 年 会 費	入会金：10,000円 (すでに賛助会員の方は入会金は不要です) 年会費：100,000円/年 (会期：10月～9月)
備 考	

【申込書送付先】 日本舌側矯正歯科学会事務局
 〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 株式会社春恒社内
 TEL : 03-5291-6231 / FAX : 03-5291-2176 Email : JLOA@shunkosha.com