

NPO法人ジャパン デンタル ミッション



入 会 申 込 書

会 員 種 別	<input type="checkbox"/> 正 会 員	当法人の趣旨に賛同し、 <u>活動を目的</u> に入会を希望される個人
	<input type="checkbox"/> 賛助会員	当法人の趣旨に賛同し、支援を目的に入会を希望される個人又は団体
フリガナ		
氏 名		性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	西 暦	年 月 日 生
自 宅 住 所	〒	
電 話	電 話	— —
	携 帯	— —
	FAX	— —
PC メール	@	
携帯メール	@	
勤 務 先 名 学 校 名		
住 所	〒	
電 話	電 話	— —
	FAX	— —
E メール	@	
資 格	<input type="checkbox"/> _____ : 免許番号 _____ 習得日 : _____年 ____月	
	<input type="checkbox"/> _____ : 免許番号 _____ 習得日 : _____年 ____月	
JDM を知った きっかけ及び 紹 介 者		
書 類 送 付	<input type="checkbox"/> 自 宅に郵送して欲しい。 <input type="checkbox"/> 勤務先に郵送して欲しい。 <input type="checkbox"/> Eメールで自 宅に送って欲しい。 <input type="checkbox"/> Eメールで勤務先に送って欲しい。	

郵送先： 〒557-0001 大阪市西成区山王2-8-24

FAX : 06-6641-5572 Email: info@japandentalmission.org