

群馬県歯科医学会入会申込書 (B会員用)

令和 年 月 日

群馬県歯科医学会会長 様

貴会に入会いたしたく、会員として登録をお願いいたします。

【 自 宅 】

〒 ー

住 所

(フリガナ)

性別

氏 名

⑩

男・女

生年月日 昭和・平成 年 月 日

出 身 校

電話番号 ()

職 種 歯科医師・医師・その他

(○印を付して下さい。)

【 所 属 先 】

〒 ー

所 在 地

所 属 名

(例 ○○病院勤務、○○大学口腔外科学教室講師等)

※ 研究生・大学院生は必ずその旨を記入してください。

電話番号 ()

※ B会員(医育機関、官庁等に属する群馬県歯科医師会会員以外の医師、歯科医師)