



オーラルプラセンタ医学研究会 入会申込書

平成 年 月 日

フリガナ			性別	男	女
氏名			<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
			<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科アシスタント	
勤務先 所属施設名			ホームページ http://www		
住所	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____				
ご自宅住所	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____				
e-mail	<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> スマートフォン			
会員証名	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名	<input type="checkbox"/> 施設名のみ	<input type="checkbox"/> 氏名のみ		
認定証名	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名	<input type="checkbox"/> 施設名のみ	<input type="checkbox"/> 氏名のみ		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> ご自宅			
会員・認定医 のご紹介	<input type="checkbox"/> 全て掲載 <input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 登録者名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> ホームページ 当研究会のホームページでご紹介させていただきます。ご希望の項目に✓をお願いします。				
ご紹介者	氏名		所属施設名		

- ・ メールアドレスは、opmr@opmr.jpが受信できる環境に設定をお願いいたします。
- ・ 会員・認定医のご紹介ページにご自宅の情報は掲載いたしません。(医院と自宅が同一の場合は除く。)
- ・ 必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。
- ・ 入会金 5,000円を下記口座にお振込み下さい。ご入金を確認後、会員証を送付いたします。
- ・ お振込みの際は、振込名義に施設名、または入会者名を記帳ください。
医療法人名のみ記帳されますと、入金確認が出来ない場合があります。
- ・ 専門会員：歯科医師 医師 / 正会員：歯科衛生士 歯科アシスタント

【申込書送付先】

FAX/TEL 0800-222-4182(フリーダイヤル)

※FAXにて申込書を受け付けております。

FAXがない場合は、お手数ですが事務局までお電話ください。

【振込先】

三菱東京UFJ銀行 福岡支店

普通 1950205

オーラルプラセンタ医学研究会

事務局使用欄

入会日	ご入金日	会員No.	会員証発送	有効期間	その他
				~	