

◎入会申込み書 (・会員・賛助会員)

____年 ____月 ____日

かながわスポーツ・健康づくり歯学協議会 (略称 *SHPDent* かながわ)
Dental Conference of Sports and Health Promotion Kanagawa
後援：(公社) 神奈川県歯科医師会

(1) (フリガナ)

氏名：_____ (法人・団体の場合は名称または代表者)

生年月日：西暦 ____年 ____月 ____日 性別：男 女

出身校：_____

勤務先名称：_____ 役職等：_____

勤務先住所：〒 _____

TEL：_____ FAX：_____ MAIL：_____

自宅住所：〒 _____

TEL：_____ FAX：_____ MAIL：_____

(2) 資料希望送付先 (どちらかに○をつけて下さい) 勤務先 ・ 自宅

(3) 専門分野 (いずれかに○をつけて下さい)

歯科医師：開業・勤務・大学・その他 ()

医師：開業・勤務・大学・その他 ()

医療関係：歯科技工士・歯科衛生士・管理栄養士・看護師・その他 ()

その他：行政関係・教育関係・体育協会関係・スポーツ指導者・企業・その他 ()

*入会は入金確認後、理事会の承認を得て、正式入会となります。

【入会金及び年会費】

会員：入会金 4,000 円、会費 (年額) 6,000 円

賛助会員：一口年額 10,000 円 (一口以上)

【振込み先】

神奈川県歯科医師信用組合 本店 普通預金 1052640

一般社団法人 かながわスポーツ・健康づくり歯学協議会 代表理事 杉山義祥

【申込先】 かながわスポーツ・健康づくり歯学協議会事務局

FAX：046-876-8432 Male：k-shp@smile.ocn.ne.jp