

## 特定非営利活動法人お口の健康ネットワーク 入会申込書

歯科医院（1 歯科医院単位）ご登録用

お申込年月日（西暦）          年          月          日

項目	登録内容
貴医院名	(フリガナ) -----
院長名	(フリガナ) -----
住所	〒
常勤スタッフ	Dr. (      ) 名・DH (      ) 名・DA (      ) 名・その他 (      ) 名
TEL	
FAX	
E-mail	@
メルマガ登録	希望する      ・      希望しない

- ・ 申込書にご記入の上、FAX またはメール添付にてお申込ください。本会ウェブサイトの入会案内ページからのお申込も可能です。
- ・ 入会金は無料です。
- ・ ご入会后、ご希望の歯科医院様はウェブサイトの歯科医院紹介ページに掲載いたします。
- ・ 歯科医院単位でご入会いただきますと、所属されているスタッフ全員が会員料金で主催セミナーや研修会を受講できます。
- ・ 会員の個人情報は本会の活動以外の目的での使用はいたしません。
- ・ ご不明な点がございましたら事務局までお問合せください。

NPO 法人お口の健康ネットワーク事務局

〒700-0953 岡山市南区西市 541-1 TEL 086-250-2531 FAX 086-250-2532

E-mail: jimukyoku@oral-health-network.jp

ウェブサイト <http://www.oral-health-network.jp>