

(個人ご登録用)

**NPO 法人お口の健康ネットワーク入会申込書** お申込年月日 年 月 日

※申込書にご記入の上、FAXまたは郵送にてお申込下さい。(郵送の際の切手代はご負担下さい)

※当会からの情報等は下記登録の個人様宛に発信させていただきますので、変更がありましたらご連絡をお願いいたします。

・入会金は無料です。尚、ご不明な点がございましたら事務局までお気軽にお問い合わせ下さい。

項目	登録内容		会員発行名簿	外部情報公開			
氏名	(フリガナ)		原則公開	公開可・不可			
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 その他 ( )						
勤務先名			公開可・不可	公開可・不可			
住所	勤務先	〒			公開可・不可	原則非公開	
		TEL					
		FAX					
	自宅	〒			公開可・不可		
		TEL					公開可・不可
		FAX	公開可・不可				
会報等の送付先に○をつけてください。 ( 勤務先 or 自宅 )							
Eメール アドレス			公開可・不可	原則非公開			
	会員用メーリングリスト(セミナー等各種ご案内・情報発信)への登録を希望しますか? 登録を希望する方には事務局にて登録・配信させていただきます。 ※携帯電話のメールでは見づらい場合があります。 <p style="text-align: right;">(希望する・希望しない)</p>						
備考欄							

★ 会員の個人情報は本会の活動以外の目的での使用は致しません。

NPO法人 お口の健康ネットワーク事務局

住所：〒700-0953 岡山市南区西市 541-1

TEL：086-244-4692 FAX：086-244-1351