平成　　年　　月　　日

日本大学歯学部同窓会

東京都支部連合会会長殿

|  |
| --- |
| 支部名 |
| 支部長名　　　　　　　　　　　印 |

日本大学歯学部同窓会東京都支部連合会入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 卒業年次 | ※医・専・学・松戸　　　　　　　回卒  ※他校（　　　　　　　　　　　）回卒 |
| 連絡先 | 自　宅  tel　　　　　　　　fax |
| 診療所  tel　　　　　　　　fax |
| 入会日 | （１）入会年度　　平成　　　　年度から  ※年会費(4,000円)の納入を確認次第、入会を認めます。  ※注意：年度始めは９月１日となります。  　例　平成26年8月31日まで平成25年度  　　　　　　平成26年9月　1日から平成26年度 |
| 通信欄 | |

日本大学歯学部同窓会東京都支部連合会