

賛助会員入会申込書

令和 年 月 日

一般社団法人滋賀県歯科衛生士会賛助会員の入会を申し込みます。

団体名・社名	
所在地又は住所	〒 -
代表者又は責任者	(役職名) (氏名)
入会年月	令和 年 月 日
担当者 (連絡先)	(部署名及び役職名) (氏名) (TEL) (FAX) (E-mail)
資料等送付先	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> その他住所

一般社団法人 滋賀県歯科衛生士会
〒520-0047 滋賀県大津市浜大津2丁目1-11
TEL 077-526-8010 FAX 077-526-8020
E-mail shiga-dh@able.ocn.ne.jp