

## 入会のご案内

都内に在住もしくは開業・勤務している女性歯科医師の親睦と結束のために様々な活動をしております。歯科を休職中の先生も大歓迎です。未入会の先生はぜひこの機会にご入会をお願い申し上げます。またお知り合いの先生の紹介もお願い致します。

入会申込手続きは、下記にご記入のうえ事務局へFAXまたは郵送にてお送りください。

年会費は3,000円となっております。

講演会等の参加費は別途かかりますが、研修医、学生の方々は無料として活動して参ります。

**FAX : 03-3720-4366**

### 入会申込書

東京都女性歯科医師の会 会長 殿

東京都女性歯科医師の会に入会いたします。

平成 年 月 日

フリガナ

氏名.....(.....大学.....年卒).....

現住所.....〒.....

Tel.....(.....).....Fax.....(.....).....

**E-mail**

開業・勤務 (勤務・大学病院・大学院生).....

名称.....

住所.....〒.....

**Tel.....(.....).....Fax.....(.....).....**

※歯科医師会 会員 (..... 歯科医師会) ・ 未入会

※事務局からの配布物送付先はどちらが宜しいでしょうか? (自宅 ・ 勤務先)

(事務局FAX 03-3720-4366 佐々木晃子)