日本小動物歯科研究会入会申込書
【 獣医師・歯科医師】

申　込　日	年　　月　　日
ふりがな	
氏　　名	獣医師　・　歯科医師　（〇で囲む）
希望する会員区分	購読会員　　・　　非購読会員　（〇で囲む）
勤　務　先	名称：
	住所：〒
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
	メールアドレス：
自　　宅	住所：〒
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
	メールアドレス：
出　身　校	卒業年度（見込含む）　　年
郵便物送付希望先	勤務先・自宅（〇をおつけ下さい）

上記申込書に必要事項をご記入の上、下記までメールまたはＦＡＸにてお送り下さい。
同時に郵便振替払込票にて年会費をご送金下さい。（入会金は必要ありません）
お払い込みの際、払込票のお名前は必ず**個人名**をご記入下さい。

≪年 会 費≫　1. 購読会員　：17,000円
2. 非購読会員　：　5,000円

≪払込口座≫　口 座 名　：日本小動物歯科研究会
口座番号　：00120－5－722688

[日本小動物歯科研究会事務局]
〒174-0051 東京都板橋区小豆沢２丁目９番１９号
TEL:03-5915-5332　FAX:03-5915-5338
E-Mail：info@sadsj.jp