

施設会員 入会申込書

日本歯科TC協会の施設会員の入会申込みを致します。

申込日	年	月	日
フリガナ		フリガナ	
代表者名		法人・医院名	
フリガナ			
法人・医院住所	〒	-	都道府県
連絡先	電話 ()	-	FAX () -
	E-mail		@
資料送付先 (上記住所以外)	〒	-	都道府県

当協会の施設会員は1会員口座につき同じ法人に所属する医院様は4医院まで登録することができます。
下記に該当する医院名と住所を記載ください。

法人所属医院数 _____ 医院

医院名 _____ 住所 〒 _____

医院名 _____ 住所 〒 _____

医院名 _____ 住所 〒 _____

医院名 _____ 住所 〒 _____

初めに何を見て入会のお申込みをされましたか？

※必ずご記入のほどよろしくお願い致します。

- 紹介された 組織名 _____ ご紹介者名 _____
- 新聞や雑誌を見た 媒体名 _____
- DMや葉書もらった 送付元 _____
- セミナーで知った セミナー名 _____
- ネットで検索をした その他 _____

問い合わせ先

一般社団法人 日本歯科TC協会 事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷3-26-6 NREG 本郷三丁目ビル7F

TEL. 03-5842-5511 FAX. 03-5842-5515 E-mail info@tcj.or.jp

URL <http://www.tcj.or.jp/>