

(様式5号)

一般社団法人奥州歯科医師会 終身会員申請書

会 員 氏 名	ふりがな		
就 業 所	名 称		
	所在地	〒	
電 話 番 号		F A X 番 号	
生 年 月 日	年	月	日生 ※ (満 歳)
入 会 年 月 日	年	月	日入会 ※ 在籍期間 (年 ヶ月)
備 考			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

氏 名

印

上記の者を令和 年 月 日より終身会員とする。

令和 年 月 日

一般社団法人奥州歯科医師会

会 長

印

※ 令和 年 月 日現在