令和　　年　　月　　日

日本大学歯学部同窓会

東京都支部連合会会長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 支部名 |  |
| 支部長名 |  |

日本大学歯学部同窓会東京都支部連合会入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 卒業年次 | ※医・専・学・松戸　　　　　　　回卒※他校（　　　　　　　　　　　）回卒 |
| 連絡先 | 自　宅 |
| tel |  | fax |
| 診療所（勤務先） |
| 名称 |  |
| tel |  | fax |
| 入会日 | （１）入会年度　　令和　　　　年度から※年会費(4,000円)の納入を確認次第、入会を認めます。※注意：年度始めは９月１日となります。　例　令和元年8月31日まで平成30年度　　　　　　令和元年9月　1日から令和元年度 |
| 通信欄 |

日本大学歯学部同窓会東京都支部連合会