

2018年 FOX入会・更新申込書

必要事項をご記入の上FAXしてください。
※の箇所は変更のない方は未記入で結構です。

ふりがな	
氏名	
生年月日	19 年 月 日生 満 才
※住所	〒
※Tel.	()
※FAX.	()
※E-mail	@
※職種	Dr DT DH DA DS 他
医院名	開業 勤務

年 月 日

年会費: Dr10,000円 コデンタル3,000円

下記口座にお振込みいただきます様お願い申し上げます。

京都銀行 白梅町支店
普通 3656909
FOXジムキョク タケザワヤスマサ

FAX送信先: 075-813-3220 たけざわ歯科医院