



K.I.S.S. Member 入会申込書

下記にご記入のうえ、FAX送信してください

ふりがな		
氏名		
勤務先名	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DA	
連絡先住所	〒	
TEL		
TEL(携帯)		
FAX		
E-mail		
出身校		卒業 昭和・平成 年
紹介者		

活動内容： 定例会年間 6回 勉強会 4~5回 総会 1回

(来年度の定例会 2. 4. 6. 8. 10、12月)

特典： K.I.S.S.ホームページへのリンク

特別講演会への優待

年会費： Dr. 30,000円 DH/DT/DA 12,000円 (1月~12月)

振込口座： りそな銀行 くずは支店

口座番号：普通 0182395

口座名義：K.I.S.S. (ケアイビス)

連絡先

〒573-1144 大阪府枚方市牧野本町2-22-22

山羽歯科医院内 K.I.S.S.事務局

Tel.072-856-6502 (直通090-8198-4470)

Fax.072-857-5785