



## 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	
所属	<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	
出身大学	
卒業年度	

- 活動内容： 定例会年間6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およびウェブサイトへのアクセス権 (症例相談)  
特別講演会への優待
- 年会費： Dr. 30,000円 DH/DT/DA 12,000円  
(2010年度会費として11月末日までにお振り込みください)
- 振込口座： 三菱東京UFJ銀行 近鉄学園前支店  
口座番号：普通 0020135  
口座名義：K.I.S.S.会計 長澤成明

連絡先

〒619-0214 京都府木津川市木津池田51 長澤歯科医院内 K.I.S.S.事務局  
Tel.0774-72-0670 Fax.0774-75-2185