

Level Anchorage System Society

入会申込書

私はLASソサエティ会員規約を読み賛同いたしましたので、LASソサエティ会員申込書に入会金10,000円および年会費10,000円、計20,000円を添えて、ここに入会の申込をいたします。

申込日 年 月 日

お名前（漢字）★	
お名前（ふりがな）★	
お名前（英表記）	
生年月日	
出身大学	
勤務先名★	
郵便番号★	
住所★	
電話番号★	
FAX番号★	
メールアドレス	
ホームページアドレス★	
LASサイトへの会員情報掲載	<input type="checkbox"/> 掲載を希望する <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない
受講コースと場所	
備考	

★はLASサイトに掲載される情報となります

FAX送付先：06-6836-3882

LASソサエティ事務局（高橋矯正歯科クリニック）

大阪府豊中市新千里東町1-2-4 信用保証ビル7F Tel:06-6836-3881

会費お振込先：りそな銀行 千里中央支店 普通預金 6563983

ラスソサエティー カイケイ イマジョウ コウジ