

Team
B.B.
Project

ご入会案内

会員権利

1. Team B.B. 会員各位による各種情報を提供・共有頂
けます。（セミナー、勉強会、スタッフ交流など）
2. 中顔面の発育障害改善治療で使用する顎機能矯正装
置の技工を承ります。
3. 治療等に関するご質問を承ります。

年会費

歯科医師 10,000円
歯科技工士 5,000円
歯科衛生士 5,000円
歯科助手 5,000円
4月1日～3月31日を1ヵ年とします。（途中入会も
年会費は同じです）退会・再入会は各人の自由意志
とし、次年度の期日までに会費納入がなければ自動
的に退会、会費納入により再入会となります。

入会申込書

以下必要事項をご記入のうえFAXでお申込みいただき、年会費を下記口座へお振込み下さい。

fax 072-424-4450

池田泉州銀行 泉州営業部 普通口座 3039877 咬合研究所 西村 仁

恐れいりますがお振込手数料は各自ご負担願います。

ふりがな			
お名前			
ご連絡先住所	(診療所・大学・ご自宅) 〒		
メール		TEL	
ご職業		FAX	