

申込日

年 月 日

取扱ディーラー様控

申込日

年 月 日

会員様

## 2020年モリタ友の会 入会申込書

## 2020年モリタ友の会

仮会員証

※本会員証は、登録完了後約1ヶ月以内にお届けいたします。尚、サービス開始は4月1日からとなります。

会員No.

お名前

勤務先名

取扱ディーラー

様

## モリタ友の会 2020年 年会費・商品代 (会期: 2020年4月1日~2021年3月31日)

※該当する金額に○印をご記入ください。

会員の種類	会費	消費税	合計
一般会員	8,000円 会費: 1,000円 商品代: 7,000円	800円	8,800円
勤務医会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円
歯科技工士会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円
歯科衛生士会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円

※上記金額には消費税10%を含んでおります。年度途中で消費税率の改定があった場合は、申込書の記載金額にかかわらず、お申込み日現在の消費税率となります。予めご了承ください。

## モリタ友の会 2020年 年会費・商品代

(会期: 2020年4月1日~2021年3月31日)

※該当する金額に○印をご記入ください。

- 一般会員  8,800円(税込)
- 勤務医会員  3,300円(税込)
- 歯科技工士会員  3,300円(税込)
- 歯科衛生士会員  3,300円(税込)

※上記金額には消費税10%を含んでおります。年度途中で消費税率の改定があった場合は、申込書の記載金額にかかわらず、お申込み日現在の消費税率となります。予めご了承ください。

## 2020年 モリタ友の会 入会申込書

申込期間 2/1~11/30

モリタ友の会事務局

(フリガナ) ●姓と名は1コマあけてください。●濁点は1コマ使用してください。

お名前	フリガナ										印
	フリガナ										

生年月日 年 月 日

郵便番号

〒	郵便番号									
〒	郵便番号									

 医院・技工所  自宅

どちらのご住所か○印をご記入ください。

- 部の場合は県名をご記入ください。●ビル名、階、部屋番号までご記入ください。
- 町村名と番地の切れ目は1コマあけてください。

TEL ( ) - ( ) (市外局番からご記入ください。)

FAX ( ) - ( ) (市外局番からご記入ください。)

(フリガナ)

勤務先名	フリガナ									
	フリガナ									

勤務先TEL ( ) - ( ) (市外局番からご記入ください。)

申込日 年 月 日

職種

- 
- 歯科医師
- 
- 歯科技工士
- 
- 歯科衛生士

入会区分 (いずれかに○印をご記入ください。)

一般会員	8,800(円)
勤務医会員	3,300(円)
歯科技工士会員	3,300(円)
歯科衛生士会員	3,300(円)

自動更新のご確認

 2021年度からの自動更新はしない。  
2020年度のみご入会の場合は、○印をお入れください。

※上記金額には消費税10%を含んでおります。年度途中で消費税率の改定があった場合は、申込書の記載金額にかかわらず、お申込み日現在の消費税率となります。予めご了承ください。

一般会員ご入会の方

アポイントメントブック不要  ※印のある方には代替品をお届けします。

お取扱ディーラー名

取扱ディーラー (支店・営業所までご記入ください。)

ご住所

TEL

取扱店コード

友の会会員番号

○ご記入後、同封の個人情報保護シールをお貼りください。

記入方法は裏面をご覧ください。➡

## 申込方法



この入会申込書に必要な事項をご記入の上、弊社取扱のディーラー、または、最寄りのモリタ各支店・営業所を通してお申込みください。

会員期間 2020年4月1日~2021年3月31日

募集期間 2020年2月1日~2020年11月30日

## モリタ友の会

事務局

大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650  
TEL: 06-6338-7146 FAX: 06-6380-1325  
メール: dentalplaza@morita.com

フリーコール

☎ 0120-988-291

受付時間: 9時~17時 (土曜・日曜・祝日を除く)

## 【会員の個人情報利用に関して】

本会は、会則に基づき、商品の売上の取次ぎ業務及び会員宛てに商品情報・セミナー情報・生活情報・アフターサービス・各種優待等の営業のご案内のため、個人情報(本会に届け出いただいた氏名、勤務先、住所、電話番号・FAX、会員番号、生年月日、メールアドレス)を、安全管理のために必要かつ適切な組織体制の構築及び社内規定の策定をした上で取得・利用します。モリタ個人情報収集方針に関しましては、モリタホームページをご確認ください。(www.dental-plaza.com/policy)

# 記入見本

お申込時に、この仮会員証を取扱ディーラー担当者よりお受け取りください。  
※本会員証の到着まで保管してください。(登録完了後約1ヶ月以内にお届けいたします。)

申込日 年 月 日

取扱いディーラー様控

## 2020年モリタ友の会 入会申込書

会員No. \_\_\_\_\_ 様

モリタ友の会 2020年 年会費・商品代 (会期: 2020年4月1日~2021年3月31日)

※該当する金額に○印をご記入ください。

会員の種類	会費	消費税	合計
一般会員	8,000円 会費: 1,000円 商品代: 7,000円	800円	8,800円 <input checked="" type="checkbox"/>
勤務医会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円 <input type="checkbox"/>
歯科技工士会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円 <input type="checkbox"/>
歯科衛生士会員	3,000円 会費: 500円 商品代: 2,500円	300円	3,300円 <input type="checkbox"/>

申込日 年 月 日

会員様

## 2020年モリタ友の会 仮会員証

会員No. \_\_\_\_\_ 様

モリタ友の会 2020年 年会費・商品代 (会期: 2020年4月1日~2021年3月31日)

※該当する金額に○印をご記入ください。

●一般会員  8,800円(税込)

●勤務医会員  3,300円(税込)

●歯科技工士会員  3,300円(税込)

●歯科衛生士会員  3,300円(税込)

---

記入後、同封の個人情報保護シールをお貼りください。

モリタ友の会 入会申込書

お名前 (フリガナ) ●姓と名は1コマあけてください。●濁点は1コマ使用してください。

モリタ タロウ

森田 太郎

生年月日 1963年04月02日

郵便番号 564-8650

吹田市垂水町3-33-18

○医院・技工所  自宅

どちらのご住所か○印をご記入ください。

TEL (06) 6338-7146 (市外局番からご記入ください)

FAX (06) 6380-1325

勤務先TEL ( ) - ( ) (市外局番からご記入ください)

捺印をお願いします。

申込日 2020年4月1日

職種  歯科医師  歯科技工士  歯科衛生士

入会区分 (いずれかに○印をご記入ください。)

一般会員	8,800円	<input type="checkbox"/>
勤務医会員	3,300円	<input checked="" type="checkbox"/>
歯科技工士会員	3,300円	<input type="checkbox"/>
歯科衛生士会員	3,300円	<input type="checkbox"/>

2021年度からの自動更新はしない。2020年度のみご入会の場合は、○印をお入れください。

お取扱ディーラー名 (支店・営業所までご記入ください。)

○ 歯科商店 ○ 支店

ご住所

TEL

「医院・技工所」、「自宅」いずれかの欄に○印をご記入ください。

TEL記入欄に記載の番号が勤務先以外の場合は必ずご記入ください。

2020年度のみ入会を希望される場合は、□に○印をご記入ください。○印がない場合、誠に勝手ながら2021年度以降についても自動的に入会登録させていただきます。何卒ご理解賜りますよう、お願い申し上げます。

アポイントメントブックが不要の方には代替品をお届けしますので✓印をご記入ください。※一般会員のみ