

医療関係従事者 入会申込書

西暦 年 月 日提出

この度、下記の通り日本有病者歯科医療学会への入会を申し込みます。

入会金および当年度会費は 月 日に振込みました。

この申込書に振込金受領書のコピーを添付いたします。

ふりがな 氏名	姓 名		性 別	
			男 / 女	
ローマ字				
生年月日	西暦	年	月	日 生
勤務先 施設名				
勤務先 所属名	(役職)			
勤務先 所在地	〒 TEL: FAX:			
自宅住所	〒 TEL: FAX:			
卒業校	学部	卒業年月	西暦	年 月 卒
雑誌 送付先 (連絡先)	1. 勤務先	職 種		
	2. 自宅	歯科衛生士・その他 ()		
日本歯科衛生士会会員で (ある・ない)		学会誌の購読を希望 (する・しない)		
その他				

入金を確認次第登録となります。

〈医療関係従事者〉

入会金 1,000 円 + 年会費 5,000 円 + 学会誌購読料 1,000 円 合計：7,000 円

入会金 1,000 円 + 年会費 5,000 円 + 学会誌希望しない 0 円 合計：6,000 円

※ 2 年目以降も今回お選び頂いた希望を継続させていただきます。

変更がある際は事務局までお申し付け下さい。

振込先：郵便振込 口座番号：00160-8-628923

口座名称：日本有病者歯科医療学会 宛

振込金受領書 (領収書) のコピーを添付して下さい。

この届書の送付先は次のとおりです。

〒 115-0055 東京都北区赤羽西 6-31-5

(株) 学術社内 日本有病者歯科医療学会 行

TEL 03-5924-3621 FAX 03-5924-3622