

入会申込書

西暦 年 月 日 提出

この度、下記のとお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証のコピーを添付いたします。

卒業校	学部	卒業年月	西暦 年 月 卒
生年月日	西暦 年 月 日 生		
ふりがな 氏名	姓 名		性別
			男 / 女
ローマ字			
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 :		
雑誌 送付先 (連絡先)	1. 勤務先	職 種	
	2. 自宅	歯科医師 ・ 医師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 ()	
日本歯科医師会会員で (ある・ない) 日本歯科衛生士会会員で (ある・ない)			
その他			

入金を確認次第登録となります。

〈医師・歯科医師〉

〈医療関係従事者〉

入会金 3,000 円 年会費 10,000 円

入会金 1,000 円 年会費 5,000 円

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