

医師・歯科医師 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。

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 :			
E-mail	(勤務先 / 個人)			
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	歯科医師 ・ 医師 ・ その他 ()		
日本歯科医師会会員で (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〉

入会金 3,000 円 年会費 10,000 円 (合わせて 13,000 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)のコピーを貼付して下さい。

入会申込書 送付先

〒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

今後、勤務先・住所・氏名等変更の場合は事務局、またはホームページ問合わせフォームよりお届け下さい