

西暦 年 月 日

日本成人矯正歯科学会入会申込書

正会員 歯科医師 その他()・準会員 歯科衛生士 歯科技工士 その他()
フリガナ

氏 名 印 男 女

ローマ字名 (必ずお書きください)

生年月日 西暦 年 月 日生 () 歳

フリガナ

勤務先名

フリガナ

勤務先 〒

住所

TEL () - FAX () -

フリガナ

自宅 〒

住所

TEL () - FAX () -

携帯電話 - -

E-mail (必須)

書類等送付先 勤務先 自宅 (必ずどちらかにレ点を入れてください)

学歴
および
職歴

(西暦)

現在所属
の学会名

日本歯科医師会に加入している

紹介会員名

※ 入会希望者は、入会申し込みを下記事務局宛に郵送又はFAXにてご提出下さい。役員会の審査を経た後、事務局より入会承認の通知を送付いたします。その後、正会員は入会金5,000円年会費10,000円、コメンタル及び準会員は入会金3,000円、年会費5,000円を合わせてお振込下さい。
なお、歯科医師は準会員としての入会はできません。

事務局：〒115-0055 東京都北区赤羽西6-31-5 (株)学術社内
特定非営利活動法人 日本成人矯正歯科学会事務局
TEL 03-5963-4007 FAX 03-5963-4008