

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()

フリカケ
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

フリカケ

勤務先名

フリカケ

勤務先 〒

住 所

TEL () - FAX () -

フリカケ

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

(必須) ※必ずお書きください (いらっしゃらない場合は入会志望動機等をお書きください)

※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
Email : seijin@gakujyutsusha.co.jp