

西暦 年 月 日

日本成人矯正歯科学会入会申込書
(正会員・準会員)

フリガナ
氏名 (印) 男 女

ローマ字名 (必ず入れてください)

生年月日 西暦 年 月 日生 () 歳

フリガナ

勤務先名

〒

住所

TEL () - FAX () -

フリガナ

自宅 〒

住所

TEL () - FAX () -

携帯電話 - -

E-mail (一文字づつお書きください)

書類等送付先 自宅 勤務先 (必ずどちらかにレ点を入れてください)

学歴
および
職歴
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

現在所属の学会名

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。役員会の審査を経て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(コデンタル及び準会員は入会金3,000円、年会費5,000円)をお振込下さい。なお、歯科医師は準会員としての入会はできません。

事務局分室：〒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分室
TEL 03-5963-4007 FAX 03-5963-4008