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）

ﾌﾘｶﾞﾅ 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
ﾌﾘｶﾞﾅ 勤務先名	
住　　所	〒 TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－
ﾌﾘｶﾞﾅ 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（ｺﾃﾞ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：〒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