

入会申込書

(西暦) 年 月 日 提出

この度、一般社団法人日本小児口腔外科学会に入会したく申し込みいたします。

入会承認後は、貴学会の諸規程等を遵守することを誓約します。

なお、入会金および当年度会費は 月 日に納付いたしました。

会員種別	正会員 ・ 準会員 (いずれかに○印を付して下さい。)		
卒業校	大学 学部	卒業年月	(西暦) 年 月卒業
生年月日	(西暦) 年 月 日	生	
ふりがな 氏名	(姓) (名)	性別 : 男 ・ 女	
ローマ字			
勤務先 施設名			
勤務先 所属名	(役職 :)		
勤務先 所在地	〒 TEL : FAX :		
メールアドレス	@		
自宅住所	〒 TEL : FAX :		
希望する 雑誌送付先 (連絡先)	1. 勤務先 2. 自宅	職 種 (該当するものに○印を付して下さい。) 歯科医師・医師・歯科衛生士 ・その他 ()	
日本歯科医師会会員・準会員で (ある・ない) / 日本歯科衛生士会会員で (ある・ない)			
*事務局記載欄	受付日	年 月 日	*会員番号

【申込み方法】 下記の入会金および年会費を下記口座に納付後、この申込書を学会事務局宛に郵送くださいようお願い申し上げます。申込書の送付は、FAX 送信又は Word・PDF ファイルのメール添付送信でも構いません。指定口座への入金確認後、入会手続きを取らせていただきます。

なお、本学会の会計年度は、毎年 10 月 1 日より翌年 9 月 30 日までとなっております。

(正会員) 入会金 3,000 円 年会費 10,000 円 (準会員) 入会金 1,000 円 年会費 5,000 円

【振込先口座】 郵便振込 口座番号 : 00160-3-556996 加入者名 : 日本小児口腔外科学会

振込金受領書 (領収書) のコピーを本申込書の裏面に貼付して下さい。

【申込書送付先】

〒115-0055 東京都北区赤羽西 6-31-5 (株) 学術社 (一社) 日本小児口腔外科学会事務局

TEL : 03-5924-1233 FAX : 03-5924-4388 メール : info@jspoms.jp

*何か不明の点かございましたら、学会事務局までご連絡くださいますようお願い申し上げます。