

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)			

【申込み方法】下記の通り、入会金および年会費を指定口座に納付後、この申込書を学会事務局宛に、郵送または FAX 送信、Word・PDF ファイルのメール添付送信のいずれかにてご送付ください。

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
銀行振込 ゆうちょ銀行〇一九 (「セ」・ロイチキュウ) 店 当座 0556996

振込金受領書 (領収書) 等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

* ご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。