

# 会 員 登 録 票 (コピー可)

入会申し込み・住所変更・勤務先変更・送付先変更 (○で囲んで下さい)

入会日は記入不要です

		*入会日		年	月	日
ふりがな			生年月日 (西暦)			性別
氏 名	姓	名	年 月 日			男・女
最終学歴			卒業年 年	雑誌送付先 (連絡先) 勤務先・自宅		
主 た る 勤 務 先	郵便番号 〒 —		TEL ( ) —		FAX ( ) —	
	住 所					
	勤 務 先					
現 住 所	郵便番号 〒 —		TEL ( ) —		FAX ( ) —	
	住 所					
職 種	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 医師 4. その他 ( )					

1. 入会を希望される方は、必要事項を楷書でご記入のうえ、郵送またはFAXで事務局宛お申し込みください。送付区分が記入されていない場合、学会誌などはご自宅へ郵送されます。
2. 入会金¥1,000／年会費¥10,000 (合計¥11,000) を郵便払込取扱票にてご送金ください。ご入金を確認次第登録となります。  
(口座番号：00110-4-354054 口座加入者：日本歯科心身医学会)
3. 学会誌はその年度の入会後に発行した号よりお送りいたします。
4. 勤務先変更、住所変更、雑誌送付先の変更がありましたらご連絡をお願いいたします。
5. 領収証は「払込票兼受領証」にて代えさせていただきます。

日本歯科心身医学会 事務局

〒115-0055 東京都北区赤羽西6-31-5

(株)学術社内 TEL・FAX 03-3906-1333