**社会歯科学会　入会申込書（個人会員用）**

20　　年　　月　　日

社会歯科学会　御中

貴会に入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | * 男
* 女
 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　 印  |
| 職種 | □歯科医師　 □歯科衛生士　 □歯科技工士　 □その他（　　 　　　　　　　） |
| 勤務先 | 名称 |  | 職 名 |  |
| 所在地 | 〒 TEL　　　　　－　　　　　－ FAX　　　　　－　　　　　－ |
| 自宅住所 | 〒 TEL　　　　　－　　　　　－ FAX　　　　　－　　　　　－ |
| E-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 入会年度 | 20　　　年度 | 機関誌受取先 | * 勤務先　　□ 自宅
 |
| 振込名義人 |  | 振込年月日 | 20　　年　　月　　日 |

年会費　歯科医師・医師： 10,000円 学生会員：　1,000円　　左記以外：　5,000円

* 会計年度は4月より翌3月までとなっております。

　　【年会費振込先】

 ゆうちょ銀行　郵便振替　　 口座番号　００１２０－９－７９０３１９

 口座名称　社会歯科学会

* 振込手数料は自身でご負担ください。
* 振込人はお名前と連絡先の記入を忘れずにお願いいたします。

　　　　銀行から振り込む場合

 店名（店番）：〇一九（ゼロイチキュウ）店（０１９）　当座　　０７９０３１９

　　【入会申込書送付先】

 〒103-0004　東京都中央区東日本橋2-28-4　日本橋CETビル2階

 　　ヘルスケアリサーチ株式会社内「社会歯科学会事務局」宛

 **TEL: 03-6665-0578　FAX: 050-3588-3931　E-mail: info@socialdentistry.net**

■個人情報の取り扱い・利用目的について■

この申込書により得た個人情報は、個人情報保護に関する法令、国が定める指針及びその他規範を遵守し、特定した利用目的の範囲内で、業務上必要な限りにおいて利用します。個人情報に関して本人から情報開示、訂正、削除、利用停止等を求められたときは、遅滞なく対応いたします。

■個人情報についての問い合わせ先■

「社会歯科学会　事務局」　ヘルスケアリサーチ株式会社内

TEL: 03-6665-0578　FAX: 050-3588-3931　E-mail: info@socialdentistry.net