

社会歯科学会 退会届

年 月 日

社会歯科学会 御中

年 月 日を以て貴会を退会します。

フリガナ			
会員名	印	会員種別	<input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 団体会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員
連絡先	〒 TEL — — FAX — —		
E-mail			
備考			

【退会届提出先】

〒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■

この退会届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: 045-824-4302 (事務局) E-mail: info@socialdentistry.net