

社会歯科学会 入会申込書 (団体会員用)

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			職名		
代表者 職名	印				
団体	名称				
	所在地	〒	TEL	—	—
			FAX	—	—
E-mail	@				
フリガナ			所属部署 職名		
担当者氏名					
登録者 (3名)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	日 生 年 月	年 月 日
	氏名			年 月 日	
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
	氏名			年 月 日	
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
	氏名			年 月 日	
入会年度	20 年度	振込年月日	20 年	月	日
振込名義人					

年会費 30,000 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をお願いいたします。

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