

社会歯科学会 入会申込書 (個人会員用)

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		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 女		
職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
振込名義人		振込年月日	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 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: 045-824-4302 (事務局) E-mail: info@socialdentistry.net