

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		<input type="checkbox"/> 男	生 年 月 日	
氏名	印	<input type="checkbox"/> 女		年 月 日
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	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