＜入会希望の方はこの用紙（コピー可）をお使い下さい＞

* 新入会される方は本用紙の入会申込書に必要事項をご記入の上、封書かFAX、またはスキャンしたものをEメールでご送付下さい。
* 本学会会員の住所変更等のご連絡については、本用紙のおもて面をご覧下さい。

**甲信越北陸口腔保健研究会　入会申込書**

貴学会に入会を申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 男  女 | 生年  月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 | |  | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | |
| 職名に○をつけて下さい。 | | | | 歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科技工士 ・ その他 | | | | | |
| 自宅住所 | | | 〒 | | | | TEL  FAX | | |
| 勤  務  先 | 名称 | |  | | | | 役職 | |  |
| 住所 | | 〒 | | | | TEL  FAX | | |
| 連絡先：どちらかに○をつけて下さい。 | | | | | 自宅　・　勤務先 | | | | |
| 年会費は、歯科医師2,000円、その他の職種の方は1,000円です。  振替口座（00590-9-75293）までご入金下さい。  なお、払い込み受領書をもって領収書に代えさせていただきます。 | | | | | | | | | |

1. 会計年度は4月より翌3月までとなっています。
2. 記入漏れのないようお願いいたします。

**宛　先**

甲信越北陸口腔保健研究会事務局

〒951-8514　新潟市中央区学校町通2-5274

新潟大学大学院医歯学総合研究科　予防歯科学分野

TEL: 025-227-2858　FAX: 025-227-0807　nkaneko@dent.niigata-u.ac.jp