

甲北信越矯正歯科学会 会員登録・変更用紙

記載日： 年 月 日

・新入会				・変更 (変更の箇所をマークしてください)			
フリガナ							
氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男	女
勤務先	勤務先名： 住所：〒 TEL： 内線() FAX：						
自宅	住所：〒 TEL： FAX：						
E-mail							
卒年度	(西暦)	年	歯科医籍				
日本矯正歯科学会への入会状況	1.会 員(会員番号：) 2.非会員						
連絡および雑誌他書類送付先	1.勤務先 2.自 宅						
年会費払込方法	1. ゆうちょ銀行からの払込 2. 銀行からの引き落とし(銀行名：) 詳細の書類は後日お送りいたします。						
学会 HP 会員一覧への掲載	1.希望する 2.希望しない						

【個人情報の取扱いについて】

入会申込時にご記入いただいた個人情報は、甲北信越矯正歯科学会からの必要なお連絡、会誌発送のために使用させていただきます。利用目的以外での利用はいたしません。

ご記入いただいた個人情報は、甲北信越矯正歯科学会が責任をもって管理します。

現住所、所属機関等、入会申込書の記載事項に変更があった場合はただちに、書面でご連絡ください。

<事務局・連絡先>

甲北信越矯正歯科学会事務局

有限会社東京プリント社内

〒951-8141 新潟市中央区関新 1-2471 TEL:050-3536-3494 FAX:025-265-4858

※受付日	※入金日
------	------