**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ご連絡、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 |