会 員 登 録 票（コピー可）

入会申し込み・住所変更・勤務先変更・送付先変更（○で囲んで下さい）

入会日は記入不要です

＊入会日	年　月　日

ふりがな			生年月日（西暦）	性別
氏　名	姓	名	年　月　日	男・女
最終学歴			卒業年　年	雑誌送付先（連絡先） 勤務先・自宅

主たる勤務先	郵便番号 〒　—	TEL （　）　—	FAX （　）　—	
	住　所			
	勤務先			
	E-mail			
現住所	郵便番号 〒　—	TEL （　）　—	FAX （　）　—	
	住　所			
	E-mail			
職　種	1．歯科医師　2．歯科衛生士　3．医師　4．その他（　）			

1. 入会を希望される方は，必要事項を楷書でご記入のうえ，郵送またはFAXで事務局宛にお申し込みください．送付区分が記入されていない場合，学会誌などはご自宅へ郵送されます．
2. 入会金￥1,000／年会費￥10,000（合計￥11,000）を郵便払込取扱票にてご送金ください．ご入金を確認次第登録となります．
（口座番号：００１８０－２－２６６２５４　口座加入者：一般社団法人　日本歯科心身医学会）
3. 学会誌はその年度の入会後に発行した号よりお送りいたします．
4. 勤務先変更，住所変更，雑誌送付先の変更がありましたらご連絡をお願いいたします．
5. 領収証は「払込票兼受領証」にて代えさせていただきます．

日本歯科心身医学会　事務局
〒135-0033　東京都江東区深川 2-4-11
一ツ橋印刷（株）学会事務センター内
TEL：03-5620-1953　FAX：03-5620-1960