

日本法歯科医学会 入会申込書

コピーしてお使い下さい

日本法歯科医学会の趣旨を理解し、平成 年度会費 5,000 円をそえて申し込みます。

(団体会員制度はございませんので、一人につき一枚ずつでお申込下さい)。

| | | | |
|-------------|---|-------|----------------------|
| FAX 申込み | | 年 月 日 | |
| ふりがな 氏 名 | | | 希 望 連絡先 (名簿掲載) |
| | | | 1. 自 宅 2. 勤務先 |
| 自宅住所 | 〒 ー | 電 話 | |
| | | F A X | |
| e-mail | (Fax 番号と e-mail アドレスは 事務局で管理、名簿には掲載しません) | | |
| 勤務先 | | | |
| | 部 署 | | 役職等 |
| 住 所 | 〒 ー | 電 話 | |
| | | F A X | |
| e-mail | (Fax 番号と e-mail アドレスは 事務局で管理、名簿には掲載しません) | | |
| 所 属 | 歯 科 医 師 会 警 察 歯 科 医 会 | | 役職等 |
| | その他 所属機関名 | | 役職等 |

送金先 ・郵便振替口座 振替口座番号 00120-4-483489 日本法歯科医学会
 または・三井住友銀行 蒲田支店 (普通) 口座番号 4384416 ニホホウカガツカイ
 ※振込に際しましては、(法人名や事業所名ではなく) 個人名でお願い致します。

〒143-8540 東京都大田区大森西 5-21-16 東邦大学医学部法医学講座内
 日本法歯科医学会事務局

事務取扱 高橋 雅典

TEL & FAX : 03-3768-1753