

日本法歯科医学会 入会申込書

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

申込み				年	月	日
ふりがな 氏名			希望 郵送先	1. 自宅		
				2. 勤務先		
自宅住所	〒 ー		電話			
			携帯電話			
			F A X			
E-mail						*学会 PC から受信できるようにお願いします
勤務先						*法人名をご記入下さい
	部署			役職等		
住所	〒 ー		電話			
			F A X			
E-mail						*学会 PC から受信できるようにお願いします
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			
振込先	郵便振替() りそな銀行()		振込予定日	月	日	

送金先 ・ 郵便振替口座 00120-4-483489 日本法歯科医学会
 ・ りそな銀行横須賀支店 普通2462536 ニホンホウシカイガツカイ

※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。

※入金確認後、Eメールにて登録完了のお知らせを致します。

〒238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町 82 神奈川歯科大学法医学内
 日本法歯科医学会事務局 事務担当 竹之内
 TEL 080-2082-4199 FAX 046-822-8863 E-mail : jsfds.jimu@kdu.ac.jp

※事務使用欄

ID	受付日	入金確認日	連絡日	
	/	/	/	