

## 日本総合歯科学会 入会申込書（個人会員用）

本会に入会ご希望の方は、以下の各事項の欄にご記入の上、下記送付先にメール添付あるいは郵送でお送りください。併せて入会金(2,000円)、年会費(7,000円)を下記振込先にご納入下さい。入金日をもって入会日とさせていただきます。

申込日（西暦）年月日	20 . .	推薦者氏名 (本学会理事)	
姓	名	性別	生年月日
入会希望者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦 年 月 日
ふりがな		<input type="checkbox"/> にレを付すか、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶして (■) ください。	
E-mail	@		
所属先（勤務先） 名称			
所属講座・診療科、学部・ 専攻科などの名称			
郵便番号	-		
住 所			
電話番号		FAX番号	
職 種 区 分	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 臨床研修医
勤 務 先	<input type="checkbox"/> 学生 (大学・専門学校)	<input type="checkbox"/> メディカルスタッフ (職種名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> その他 ( )
現住所 郵便番号	<input type="checkbox"/> にレを付すか、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶして (■) ください。		
(自宅) 住 所			
電話番号		FAX番号	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属 (勤務先)	<input type="checkbox"/> 現住所 (自宅)	<input type="checkbox"/> にレを付すか、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶして (■) ください。
日本歯科医師会	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> にレを付すか、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶして (■) ください。

**送付先 住所:** 〒135-0033 東京都江東区深川2-4-11  
 一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内  
 日本総合歯科学会事務局宛  
 TEL: 03-5620-1953 FAX: 03-5620-1960  
 メールアドレス: jsgd@onebridge.co.jp

**振込先:** 郵便振替口座 口座記号番号: 01350-9-89822 (郵便振替、ゆうちょ銀行からの振込)  
 店名: 一三九 店番: 139 種別: 当座 口座番号: 0089822 (他行等からの振込)

**名 義:** 日本総合歯科学会

### 個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報は、当学会およびあらかじめ当学会との間で機密保持契約を締結している業務委託先等で、会員資格確認、学会費の収納、学会誌送付および総会開催通知などの学会の維持・運営活動のために利用させていただきます。他の目的には使用いたしません。また、会員の個人情報は法令および当学会運営規程1に基づき厳重に管理いたします。2013.11.16.