

日本臨床歯科補綴学会入会申込書

年 月 日

ふりがな -----

1. 氏 名 _____ (男・女)

2. 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 歯科医師 ・ 歯科技工士 _____ (で囲んで下さい)

4. 自宅住所 〒 _____ - _____

TEL _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

5. 勤務先名 _____

勤務先住所 〒 _____ - _____

TEL _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

6. E-mail _____ @ _____

7. 学会誌等の送付先 _____ 自 宅 ・ 勤務先 _____ (で囲んで下さい)

8. 推薦者 (1) _____ (2) _____

入会費用 10,000円 (入会金 5,000円、年会費 5,000円)

銀行振込 振込先：銀行名 みずほ銀行 仙台支店
口座番号 普通預金 4133629
名義人 日本臨床歯科補綴学会 事務局 渡辺正宣

現金書留 送付先：〒981-0904 仙台市青葉区旭ヶ丘3 - 34 - 6
旭ヶ丘歯科クリニック内
日本臨床歯科補綴学会 事務局
FAX (022)275-2918