

日本病院歯科口腔外科協議会入会申込・変更届

新規入会

勤務先変更

自宅住所変更

その他

(上記のいずれかに丸をつけてください)

(フリガナ)			勤務先での役職
氏名			
(ローマ字)			
勤務先			
勤務先住所	〒	—	TEL — — FAX — —
自宅住所	〒	—	TEL — — FAX — —
大学卒業年	S・H	年	出身大学
Eメールアドレス			
雑誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅		

上記項目にご記入の上、事務局宛に郵送にてお送りください。

なお、ホームページからも入会申込みが可能です。

また、入会金 ¥1,000 と年会費 ¥5,000 (計 ¥6,000) を下記口座にお振り込みください。

日本病院歯科口腔外科協議会事務局

〒115-0055 東京都北区赤羽西 6-31-5 (株)学術社内

TEL 03-5924-1233

FAX 03-5924-4388

入会金・年会費の振込先

銀行：三井住友銀行 赤羽支店 (店番 226)

普通口座 口座番号：5433225

名 義 日本病院歯科口腔外科協議会 理事長 宮田 勝
ニホンビョウインシカコウクウゲカキョウギカイ
リジチョウ ミヤタ マサル