受付日

日本歯科医療管理学会
入会申込書

（コンピューター入力のための原票となりますので、記入上の注意を必ずお読みの上、太枠の中のみ楷書でご記入下さい。）

会員コード						

フリガナ			性別	1	男	2	女	生年月日	西暦 年 月 日
氏名	姓	名							
最終学歴	（学校名）							卒業年	西暦 年 卒・見込

勤務先	郵便番号	―	TEL		送付先区分	0	勤務先	1	自宅
			FAX						
	住所								
	勤務先名称								
	Eメール								

現住所	郵便番号	―	TEL		外国区分	0	国内	1	国外
			FAX						
	住所								
	ビル名気付等								
	Eメール								

日本歯科医師会会員区分	0	会員でない	職種区分	0	歯科医師	2	歯科技工士	勤務先区分	0	大学	2	開業
	1	会員である		1	歯科衛生士	3	その他（ ）		1	病院	3	その他

【下記の中で現在加入している学会の番号に○を付けて下さい。】

01	歯科基礎医学会	11	日本歯科 放射線/医史 学会	21		31	日本臨床歯周病学会
02	日本歯科保存学会	12	日本小児歯科学会	22		32	日本環境変異原学会
03	日本補綴歯科学会	13		23	日本接着歯学会	33	日本老年歯科医学会
04	日本口腔外科学会	14	日本口腔インプラント学会	24	日本歯科東洋医学会	34	日本歯科人間ドック学会
05	日本矯正歯科学会	15	日本歯科医学教育学会	25	日本歯科審美学会	35	日本顎関節学会
06	日本口腔衛生学会	16	日本臨床歯内療法学会	26	日本歯科薬物療法学会	36	日本咀嚼学会
07	日本歯科理工学会	17		27	全国小児歯科開業医会	37	
08	日本歯周病学会	18	口腔病学会	28	日本障害者歯科学会	38	
09	日本歯科麻酔学会	19		29	日本全身咬合学会	39	
10	日本歯科医療管理学会	20	日本歯科技工学会	30		40	

入会手続きのご案内

1. 記入上の注意事項を必ずお読み下さい。
2. 上記入会申込書に必要事項を楷書でご記入の上、入会金・年会費と共に現金書留にて事務所あてご送金下さい。

   入会金 3,000円
   年会費（4月～3月） 10,000円
   } 合計13,000円

3. 会誌は原則として入金後の号からお送りいたします。
4. 住所変更の際は、新・旧住所を事務局あて書面にてご連絡下さい。
5. 入会申込先：〒170-0003 豊島区駒込 1-43-9 財団法人 口腔保健協会内 TEL：03-3947-8891（代）
   日本歯科医療管理学会 FAX：03-3947-8341