

# 入会申込書

西暦 年 月 日 提出

南九州歯学会への入会を申し込みます。会費は 月 日に振込みました。

ふりがな 氏名	氏名		性別
			男 / 女
ローマ字			
生年月日	西暦 年 月 日生		
最終学歴	(〇〇大学〇学部または〇〇大学大学院〇学研究科等)	卒業(修了) 年月	西暦 年 月
勤務先 施設名			
勤務先 所属名	(役職 )		
勤務先 所在地	〒 TEL : FAX :		
自宅	〒 TEL : FAX :		
E-mail	@		
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・その他 ( )		
推薦 役員等※	氏名	会員番号	-

【入金先】 入金を確認次第登録となります。

振込先：鹿児島銀行 桜ヶ丘支店 普通預金 口座番号：3047451 口座名義：南九州歯学会

【送付先】 振込金受領書(領収書)のコピー等、振込を確認できるものを添付ください。

郵送：〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 鹿児島大学歯学部IR室内 南九州歯学会事務局

E-mail：mshigakukai@dl.dent.kagoshima-u.ac.jp

※推薦する役員等とは、本学会の会長、副会長、理事(外部理事を含む)、監事を指します。

※南九州歯学会が保有する個人情報を会の利用目的以外に使用・提供することは一切ありません。

事務局記入欄	受理者	会員番号
		—