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 | (○○大学○学部または○○大学大学院○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（ 　　　　　　　　　） | | |

【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　桜ケ丘支店　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 鹿児島市桜ケ丘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： office@s-kyu-dent-soc.jp

※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 |
|  | ― |