**社会歯科学会　入会申込書（団体会員用）**

　　年　　月　　日

社会歯科学会　御中

貴会に入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 職 名 | | |  |
| 代表者  職名 | |  | |
| 団体 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL  FAX | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | 所属部署  職 名 | | |  |
| 担当者氏名 | |  | |
| 登録者（３名） | フリガナ |  | | * 男 * 女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| フリガナ |  | | * 男 * 女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| フリガナ |  | | * 男 * 女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 入会年度 | | ２０　　　年度 | 振込年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 振込名義人 | |  | | | | | |

年会費　30,000円

* 会計年度は4月より翌3月までとなっております。

　　【年会費振込先】

ゆうちょ銀行　郵便振替　　 口座番号　００１２０－９－７９０３１９

口座名称　社会歯科学会

* 振込手数料は自身でご負担ください。
* 振込人はお名前と連絡先の記入を忘れずにお願いいたします。

　　　　　銀行から振り込む場合

　店名（店番）：〇一九（ゼロイチキュウ）店（０１９）　当座　　０７９０３１９

　　【入会申込書送付先】

〒103-0004 東京都中央区東日本橋2-28-4　日本橋CETビル2階

ヘルスケアリサーチ株式会社内「社会歯科学会事務局」宛

　　 TEL: 03-6665-0578　E-mail: info@socialdentistry.net