

受付日

歯科基礎医学会 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		性別		1 男	2 女	生年月日(西暦)		年	月	日								
氏名	フリガナ					フリガナ												
	漢字	姓	名			氏名変更の場合の旧姓												
	アルファベット(ローマ字・英語等の表記)																	
最終学歴		(学校名)				1	学部卒	卒業年(西暦)	年(卒・見込)									
2						院卒												
配信先		Eメールフリガナ																
0:勤務先		Eメール																
1:自宅																		
勤務先	郵便番号	-		TEL														
			FAX															
	住所																	
勤務先名称																		
現住所	郵便番号	-		TEL														
			FAX															
	住所																	
ビル名気付等																		
日本歯科医師会		0	会員でない		職種	0	歯科医師		2	歯科技工士		勤務先	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	
会員種別		1	正会員		2	学生会員		3	単年度会員									

＜ 入会手続きのご案内 ＞

- 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**にて事務局あてにご送金ください。
〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F (財)口腔保健協会内 歯科基礎医学会
入会金 1,000円、年会費(4月～3月) 正会員10,000円 = 合計11,000円、学生会員 5,000円 = 合計6,000円、単年度会員は年会費(4月～3月)のみ5,000円となります。
なお、単年度会員は共同研究者としてのみ研究業績を学術集會に発表することができます。但し、雑誌の配布・閲覧は受けられません。
- 学生会員は学生であることを証明する書類(在学証明書、学生証のコピー等)を添付して下さい。
- 住所変更(会誌送付先の変更)の際は、新・旧住所を事務局あて、書面にてご連絡下さい。
- Eメールアドレスは必須事項です。** **大学所属の方は、「@所属大学」のメールアドレスを登録頂きますようお願い申し上げます。**
登録したEメールアドレスは、オンライン・ジャーナルのパスワードとなります。(登録がない場合は閲覧できません)
登録したEメールアドレスへ学会からのInformationが届く場合があります。

【お願い】

平成25年度までに、希望者にオンラインジャーナルのみ閲覧を可能にいたします。雑誌送付の有無について希望をお知らせください。雑誌送付希望について、記載がない場合は「希望しない」にて登録いたします。

雑誌送付希望	0	希望する	0 勤務先	注)雑誌送付有無は必須事項です記載がない場合は「不要」にて登録いたします。	1	希望しない	希望しない方へ: 学会誌はオンラインジャーナルとして購読できます。必ずEメールアドレスを登録してください。
			1 自宅				

受付日

歯科基礎医学会 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No.		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		生年月日(西暦) 1968 年 2 月 15 日	
氏名	フリガナ	ヤマダ	イチロウ	フリガナ	タナカ
	漢字	山田	一郎	氏名変更の場合の旧姓	田中
	アルファベット(ローマ字・英語等の表記)	Yamada Ichiro			
最終学歴	(学校名)	東京医科歯科大学歯学部		<input checked="" type="radio"/> 学部卒	卒業年(西暦) 1992 年 (<input checked="" type="radio"/> 卒・見込)
配信先	Eメールフリガナ	ワイフンアイシエッチアルオ アンダーバーゼロイチ@ティエムティドット			
<input checked="" type="radio"/> 勤務先	Eメール	Y-Ichiro_01@tmd.ac.jp			
1: 自宅					
勤務先	郵便番号	113-8549	TEL	03-3813-6111	
			FAX	03-3813-4576	
	住所	東京都文京区湯島1-5-45			
勤務先名称	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機構制御学講座顎顔面解剖学分野				
現住所	郵便番号	170-0003	TEL	03-3947-8891	
			FAX	03-3947-8341	
	住所	東京都豊島区駒込1-43-9			
ビル名気付等	Xソーンハイツ503				
日本歯科医師会	<input type="radio"/> 会員でない	職 種	<input checked="" type="radio"/> 0 歯科医師	2 歯科技工士	勤務先
	<input checked="" type="radio"/> 1 会員である		1 歯科衛生士	3 その他	
					2 開業
会員種別	<input checked="" type="radio"/> 1 正会員	2 学生会員	3 単年度会員		1 病院
					3 その他

＜ 入会手続きのご案内 ＞

- 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局あてにご送金ください。
〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F (財)口腔保健協会内 歯科基礎医学会
入会金 1,000円、年会費(4月～3月) 正会員10,000円＝合計11,000円、学生会員 5,000円＝合計6,000円、単年度会員は年会費(4月～3月)のみ5,000円となります。
なお、単年度会員は共同研究者としてのみ研究業績を学術集會に発表することができます。但し、雑誌の配布・閲覧は受けられません。
- 学生会員は学生であることを証明する書類(在学証明書、学生証のコピー等)を添付して下さい。
- 住所変更(会誌送付先の変更)の際は、新・旧住所を事務局あて、書面にてご連絡下さい。
- Eメールアドレスは必須事項です。 大学所属の方は、「@所属大学」のメールアドレスを登録頂きますようお願い申し上げます。
登録したEメールアドレスは、オンライン・ジャーナルのパスワードとなります。(登録がない場合は閲覧できません)
登録したEメールアドレスへ学会からのInformationが届く場合があります。

【お願い】

平成25年度までに、希望者にオンラインジャーナルのみ閲覧を可能にいたします。雑誌送付の有無について希望をお知らせください。雑誌送付希望について、記載がない場合は「希望しない」にて登録いたします。

雑誌送付希望	0 希望する	→ 0 勤務先	注) 雑誌送付有無は必須事項です。記載がない場合は「不要」にて登録いたします。	<input checked="" type="radio"/> 1 希望しない	希望しない方へ: 学会誌はオンラインジャーナルとして購読できます。必ずEメールアドレスを登録してください。
		→ 1 自宅			