

※受付番号	第	号
※受付年月日	令和	年 月 日

※の欄は記入しないでください。

一般社団法人 日本外傷歯学会理事長 殿

## 日本外傷歯学会入会申込書

日本外傷歯学会に入会したく、ここに申請します。

令和 年 月 日

(フリガナ)

氏 名

診療機関・所属

〒

(フリガナ)

※住所 (自宅・勤務先)

いずれかに○をつけて下さい。

※住所は郵便物送付先のご希望の住所をお書き下さい。

電 話

F A X

◎入会金 1,000 円

◎年会費 6,000 円

振込先 銀行振込：西日本シティ銀行 南小倉支店 (支店コード：251)  
(普) No.1161481 日本外傷歯学会○郵送先：〒803-0862 福岡県北九州市小倉北区今町 2-12-13  
日本外傷歯学会事務局

TEL：093-562-6886 FAX：093-562-6887