第0号様式

|  |  |
| --- | --- |
| ※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）

いずれかに〇をつけて下さい。　　　　※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