

一般社団法人 日本口腔ケア学会 入会申込書

※日付を必ずご記入下さい。

西暦 年 月 日

ふりがな	
氏名	
勤務先住所 (就学先住所)	〒 _____ 都道府県 _____ 電話 () _____ FAX () _____
勤務先 (就学先)	所属 _____ 年 _____
自宅住所	〒 _____ 都道府県 _____ 電話 () _____ () _____ FAX () _____
連絡先の優先 (送付物お届け等)	勤務先 ・ 自宅
職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ 助産師 看護師 ・ 准看護師 ・ 歯科衛生士 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 言語聴覚士 養護教諭 ・ 介護支援専門員 ・ ホームヘルパー 学 生 (卒業見込年 年 月) ・ その他 ()
連絡先 メールアドレス	パソコン @ 携帯 @ ※ 英字は筆記体ではなくブロック体でお書き下さい。 英数字は、英字のO(オー)と数字の0(ゼロ)、英字のI(アイ)、英小文字のl(エル)と数字の1(イチ)、「nとhとr」「uとv」、「一」と「_」、英小文字q(キュウ)、数字9(キュウ)、英小文字g(ジイ)が区別できるようご記入下さい。 ※ 学会のご案内はメーリングリスト(ML)登録されたメールアドレスへの一斉配信でお知らせして参ります。パソコンメール受信拒否設定のされた携帯メールへは送信できません。
ホームページ アドレス	http://
会費 (※=口座振替による自動引落割引会費)	①入会金 2,000円(共通 学生は除く) ②年会費 一般個人 5,800円(※自動引落し 3,500円) ③年会費 理事・監事・評議員 15,000円(※自動引落し同額) ④年会費 賛助会員 30,000円(一口)(※自動引落し 20,000円(一口)) ⑤年会費 学生(入会金免除)1,000円(※自動引落し同額)但し、事務局へ要連絡,大学院生・社会人学生含まず

入会申込書にご記入いただいた個人情報、学会・研修会の案内を連絡する目的以外では使用いたしません。

学会雑誌希望者は会費に4000円加算されます。

医療賠償責任保険加入申込者は保険料が加算されます。

ご登録内容に変更が生じた場合には、直ちに事務局へ「変更届」を提出下さいますようお願い申し上げます。

送付先 FAX 052-784-5202 (事務局)