

一般社団法人 日本口腔ケア学会 入会申込書

ファックス送付先： 052-784-5202 (日本口腔ケア学会 事務局)

※送付日付をご記入下さい。

西暦2020年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
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(部署)
自宅住所	〒 _____ 都道府県 携帯電話 () _____ 電話 () _____ FAX () _____
連絡先	勤務先 ・ 自宅 (ご選択頂きました御住所に会員案内を発送いたします)
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 ・ その他 ()
	学生 (現在 年生、卒業見込 年 月) 学生会員は、会員区分・職種登録共に学生とする。
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0(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(ジィ) 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。

入会申込書の個人情報は、学会に関する連絡目的以外では使用いたしません。

入会金・会費について

一般会員：入会金2,000円(※2,000円) 十年会費3,500円(※5,800円)

学生会員：入会金免除、年会費1,000円(※1,000円)

自動口座振替がご選択いただけない方に限り※の金額にてゆう貯振込を承っております。

学生会員は、事務局へ卒業予定年の連絡が必須。但し大学院生・社会人学生は、一般会員とする。

医療賠償責任保険加入申込者には、保険料が加算されます。

上記ご登録内容に変更が生じた場合は、学会ホームページの「登録情報変更届」を送信して下さい。