

# 日本歯科薬物療法学会 入会申込書

記入日 年 月 日

(該当する に 印をしてください)

会員種別 正会 (入会金 1,000 円、 年会費 10,000 円)  
賛助会員 (入会金 10,000 円、 年会費 30,000 円 (1口))  
(賛助会員は氏名欄に担当者名を記してください)

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

1. 所属機関  
名 称 : \_\_\_\_\_

住 所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

T E L : \_\_\_\_\_

2. 自 宅  
住 所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

T E L : \_\_\_\_\_

3. 郵送物発送先 所属機関 自宅
4. 専門分野 口腔外科 保存 薬剤 麻酔  
薬理 細菌・病理 その他 ( )
5. 日本歯科医師会 会員 非会員

入会金・年会費 振込先  
ゆうちょ銀行 00100-0-581884 日本歯科薬物療法学会  
又は  
みずほ銀行 目黒支店 普通口座 1735789  
口座名義 日本歯科薬物療法学会 理事長 佐藤 田鶴子

入会申込書送付先 : 日本歯科薬物療法学会事務局 (TEL : 03-5620-1953)  
郵 送 〒135-0033 東京都江東区深川 2-4-11 学会事務センター内  
又は  
・ F A X 0 3 - 5 6 2 0 - 1 9 6 0