会　員　登　録　票（コピー可）

入会申し込み・住所変更・勤務先変更・送付先変更（○で囲んで下さい）

入会日は記入不要です

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊会員番号　　　　　　　＊会員区分 | | | | | **＊**入会日 | 年　　　月　　　日 | | |
| ふりがな | |  | |  | 生年月日（西暦） | | | 性別 | |
| 氏　　名 | | 姓 | | 名 | 年　　月　　日 | | | 男・女 | |
| 最終学歴 | | | | | 卒業年(西暦)  　　　　年 | | 雑誌送付先（連絡先）  勤務先・自宅 | | |
| 勤務先 | 郵便番号  〒　　― | | TEL  （　　　）　　　― | | | | FAX  （　　　）　　　― | | |
| 住　所  勤務先名称 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 現住所（自宅） | 郵便番号  〒　　― | | TEL（携帯電話番号）  （　　　）　　　― | | | | FAX  （　　　）　　　― | | |
| 住　所 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 会員種別 | 1.正会員（歯科医師,医師）, 2.準会員（歯科衛生士,歯科技工士,看護師,栄養士他） | | | | | | | | |
| 職　種 | 1.歯科医師,2.医師, 3.歯科衛生士, 4.歯科技工士, 5. 看護師, 6.栄養士,  7.その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| E-mail | \*\*アドレス： | | | | | | | | |

1. 入会を希望される方は、会員登録票の必要事項をご記入のうえ、郵送, FAX またはE-mail添付で

事務局宛にお申し込みください。送付区分が記入されていない場合、学会誌などはご自宅に郵送されますのでご注意ください。自宅電話は携帯電話番号を記載してください。

1. 入会金\3,000円に年会費として正会員13,000円, 準会員 6,000円 を郵便振替にてご送金ください。

入金が確認され次第会員登録となります。

（郵便振替　口座番号：00190-7-668285 加入者名：日本顎顔面インプラント学会）

1. 会誌はその年度の入会後に発行した号よりお送りいたします。
2. 住所変更、勤務先変更、学会誌送付先の変更の際もご連絡をお願いいたします。
3. 領収証は「振込票兼受領証」にかえさせて頂きます。
4. \*\* E-mailは会員連絡、メールニュースなどで利用させて頂きます。ご承認ください。

公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会　事務局

〒108-0014 東京都港区芝5-29-22-805

TEL:03-3451-6916 FAX:03-5730-9866

E-mail: jamioffice@gmail.com