



日本臨床歯科補綴学会入会申込書

全項目に楷書で明瞭にご記入願います。()内は○で選択して下さい。

申 込 日	平成 年 月 日
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	(昭和・平成・西暦) 年 月 日
基本8ヶ月コース 受講年・会場	(平成・西暦) 年 (東京・大阪・九州)
職 種	(歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士)
自 宅 〒	
自 宅 住 所	
自 宅 TEL	— —
自 宅 FAX	— —
勤 務 先 名	
勤 務 先 〒	
勤 務 先 住 所	
勤 務 先 TEL	— —
勤 務 先 FAX	— —
メールアドレス【必須】	@
郵送物送付先	(自 宅・勤務先) 基本的に連絡はメールで行います。
ご入会には基本8ヶ月コースのインストラクター2名の推薦(署名)が必要です。 インストラクターは、各自上記全項目の記入を確認の上、署名して下さい。	
推薦インストラクター①	□上記全項目記入チェック
推薦インストラクター②	□上記全項目記入チェック

入会費用のお支払いは、
銀行振込・現金書留・8ヶ月コース会場にて承ります。

入会費用 13,000円
(入会金 5,000円、初年度年会費 8,000円)

お振込の場合、勤務先名ではなく【会員様個人名】にてお振込下さい。

【学会費】とオブザーバー受講等の【研修会受講費】では、
振込先が異なりますので特にご注意願います。

【銀行振込】みずほ銀行 仙台支店 (普通) 4133629
日本臨床歯科補綴学会 事務局 渡辺正宣

【現金書留】〒981-0904 仙台市青葉区旭ヶ丘3-34-6
旭ヶ丘歯科クリニック内 日本臨床歯科補綴学会 事務局
FAX (022)275-2918 info@jcpds.jp

【事務用記入欄】取扱者 ()
 現金受取 (領収金額: 円)
(領収書発行済・未発行)
 銀行振込 (振込予定日)
 現金書留送付予定