

一般社団法人 日本口腔ケア学会 役員推薦による特別入会申込書

西暦 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
勤務先住所	〒 _____ 都道府県 電話 () _____ FAX () _____
勤務先	所属(部署)
自宅住所	〒 _____ 都道府県 携帯電話 () _____ 電話 () _____ FAX () _____
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (ご選択頂きました御住所へ会報などを発送いたします)
職種 複数資格 ある方は 全てを表 示下さい	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 ()
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。
会費納入方法	<input type="checkbox"/> 会費自動口座振替 年会費3500円 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行からの振込等 年会費5800円

役員推薦の場合に本申込書のみにて受付します。学会ホームページから入会の場合は入会金は免除されません。

推薦者

印