

# 入会申込書

本会に入会ご希望の方は、以下の  内に各事項をご記入の上、下記送付先に郵送下さい。  
併せて入会金(1,000円)、年会費(7,000円)を下記振込先にご納入下さい。  
入金日をもって入会日とさせていただきます。

申込日(西暦) 年月日	<input type="text"/>	
入会ご希望者 ご姓名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	姓名(カナ)	
	E-Mail	<input type="text"/>
		生年月日(西暦) <input type="text"/>
		性別 <input type="text"/>
		(どちらかを○でご選択下さい)
所 属 名 称	<input type="text"/>	
郵便番号	<input type="text"/>	
所 在 地	<input type="text"/>	
電話番号	FAX 番号	<input type="text"/>
職 種	専門分野	<input type="text"/>
自 宅 郵便番号	<input type="text"/>	
所 在 地	<input type="text"/>	
電話番号	FAX 番号	<input type="text"/>
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 自宅	(□にvを付して下さい)
日本歯科医師会	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> 非会員	(□にvを付して下さい)

日本口腔診断学会

送付先： 〒135-0033 東京都江東区深川2-4-11  
一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内  
日本口腔診断学会事務局宛

振込先： 郵便振替 口座番号：00100-6-150061  
名 義：日本口腔診断学会

## 個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報は、当学会およびあらかじめ当学会との間で機密保持契約を締結している業務委託先等で、会員資格確認、学会費の収納、学会誌送付および総会開催通知などの学会の維持、運営活動のために利用させていただきます。他の目的には使用いたしません。  
また、会員の個人情報は法令および当学会運営規則に基づき厳重に管理いたします。