

新潟歯学会入会申込書

記入上の注意

- ・漢字は楷書ではっきりと書き、ローマ字表記はヘボン式にしてください。
- ・氏名、住所、勤務先、勤務先住所にはフリガナをつけてください。

0	会員番号	*この欄は記入しないで下さい。						
1		姓 (Last Name)	Middle Name				名 (First Name)	
	ローマ字表記							
	フリガナ							
	氏名							
2	住所 (フリガナ)	〒						
3	電話番号							
4	生年月日							例：1965年4月1日 19650401
5	第 期生	第 期生 (新潟大学歯学部卒業生のみ)						
6	学内, 外	学内 (分野, 内線番号)					学外	
7	勤務先名 (フリガナ)							
8	勤務先住所 (フリガナ)	〒						
9	電話番号							

新潟歯学会の趣旨に賛同し入会いたしたく、会費 (正会員 5,000 円、研修医・大学院生 3,000 円、学生 1,000 円) を添えて申し込みます。

平成 年 月 日

氏名

提出先：新潟歯学会事務局

〒951-8514 新潟県新潟市中央区学校町通2番町 5274 番地 新潟大学歯学部内

事務局員：堤 恒子

e-mail: nds@dent.niigata-u.ac.jp, TEL: 025-227-2928, FAX: 020-4665-8936