

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：2001 年 4 月 1 日 →20010401
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							
10	E-mail (学内)							
	E-mail (上記以外)							

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。

令和 年 月 日

氏名

提出先：新潟歯学会事務局 堤 恒子

〒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

E-mail: nds@dent.niigata-u.ac.jp, TEL/FAX: 025-227-2928