

日本包括歯科臨床学会 咬合療法研究部会 入会申込書

年 月 日

フリガナ

氏 名： _____ (男・女)

入会希望支部 関東 ・ 関西 ・ 九州 ・ 北日本 ・ 技工 ・ コデンタル

※入会を希望する支部に○をつけてください

*技工支部・コデンタル支部にご入会希望の方は、所属希望地区をお選びください。

所属希望地区 > 関東 ・ 関西 ・ 九州 ・ 北日本

※所属を希望する地区に○をつけてください

自宅住所 〒 _____

email: _____ @ _____

tel: _____ fax: _____

勤務先名

職 種 歯科医師・歯科衛生士・技工士・助手・その他 (_____)

勤務先住所 〒 _____

email: _____ @ _____

tel: _____ fax: _____

HP URL _____

※以下の当てはまる項目のへチェックを入れてください。

●郵便物の送付先は 自宅 勤務先

●当会ホームページの会員名簿(一般公開ページ)へ掲載 する 一部分する(_____ を除いて) しない
(注)当会ホームページの一般公開の会員名簿には、この用紙の氏名・勤務先名・職種・勤務先の住所・email・tel・fax・URL を掲載します

●ホームページ用アンケート内容を会員用ページに掲載 する しない(アンケート用紙(別紙)は返送不要)
(注)ホームページ用アンケート用紙(別紙)にご記入いただいた内容を会員用ページの会員名簿詳細へ掲載します

*当会の連絡は原則的に電子メールで行いますので、PCのメールアドレスを必ずご記入ください(携帯電話のメールアドレス不可)。

*会員の資格として、筒井塾咬合療法講習会受講修了者、若しくは筒井塾主催以外でも筒井照子の咬合に関する講習会を受講したことがあり、当研究会の目的に賛同するものとなっています。お手数ですが下記に受講された講習会をご記入ください。

講習会名： _____

★申込書送付先：日本包括歯科臨床学会 咬合療法研究部会 事務局

〒112-0014 東京都文京区関口1-45-15 日火江戸川橋ビル第一104 TEL: 03-6826-8099 FAX: 03-3269-8372

・会費のご入金の確認をもちまして、会員の登録を完了させていただきますのでよろしく申し上げます。

・各支部 入会金 5,000円 年会費 12,000円

コデンタル支部のみ 入会金なし 個人会員 年会費 6,000円
医院会員 (2名以上) 年会費 12,000円

振込先口座： 三菱東京UFJ銀行 江戸川橋支店 普通口座 1195531 咬合療法研究会事務局 秋元秀俊

注

ここにご記入いただいた項目はホームページの会員用サイト内にある会員名簿詳細へ掲載します。未記入部分は掲載を希望しない箇所と判断しますので空欄のままで結構です。一部入会申込書と記入項目が重複しますが、内容の掲載可否判断も兼ねておりますのでご理解・ご了承下さい。
また、このアンケートの掲載自体を希望しない場合は、アンケートの返送は不要です。

フリガナ

氏名： _____ 生年月日 _____ 年 月 日

自宅住所 〒 _____

email: _____ @ _____

tel: _____ fax: _____

勤務先名

職種 歯科医師・歯科衛生士・技工士・助手・その他 (_____)

勤務先住所 〒 _____

email: _____ @ _____

tel: _____ fax: _____

HP URL _____

出身校 _____ 大学・専門学校 _____ 昭和・平成 _____ 年卒業

卒業後の略歴

所属するスタディーグループ名 (複数可)

所属する学会・研究会名 (複数可)

筒井塾 受講歴

自分のプロフィール・コメント・趣味

顔写真
大きさ自由

デジタル画像
(メールに添付)も可

日本包括歯科臨床学会 咬合療法研究部会 コデンタル支部 入会申込書

コデンタル支部医院会員

年 月 日

登録者氏名	ふりがな	職種
①	()	衛・技・ア・受
②	()	衛・技・ア・受
③	()	衛・技・ア・受
④	()	衛・技・ア・受
⑤	()	衛・技・ア・受
⑥	()	衛・技・ア・受
⑦	()	衛・技・ア・受
⑧	()	衛・技・ア・受
⑨	()	衛・技・ア・受
⑩	()	衛・技・ア・受

*ご自身の名前の後に歯科衛生士、歯科技工士、アシスタント、受付の別を当てはまるものに○を付けてください。
10名を超える場合はコピーして記入願います。

所属希望地区 > 関東 ・ 関西 ・ 九州 ・ 北日本

※所属を希望する地区に○をつけてください

正会員または個人会員名 _____

職 種：歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士

医 院 名 _____

住 所 _____

tel: _____

fax: _____

申込先：(有)秋編集事務所 内 筒井塾咬合療法研究会 事務局

〒112-0014 東京都文京区関口 1-45-15 日火江戸川橋ビル第一 104 TEL: 03-3269-8371 FAX: 03-3269-8372

会費等：会費のご入金の確認をもちまして、会員の登録を完了させていただきますのでよろしくお願い致します。

【院長が会員の場合】

スタッフを1人登録 個人会員 年会費 6,000円
2人以上登録 医院会員 年会費 12,000円

【院長が会員でない場合】

スタッフを2人まで登録 個人会員 各人年会費 6,000円

3人以上登録 1人が個人会員(年会費 6,000円)となり以下2名～は医院会員(年会費 12,000円)です

*いずれの場合も入会金は不要

振込先口座： 三菱東京UFJ銀行 江戸川橋支店 普通口座 1195531 咬合療法研究会事務局 秋元秀俊