**一般社団法人日本舌側矯正歯科学会　入会のご案内**

ご入会をご希望の場合は、入会金および年会費を指定口座までご送金いただくとともに、本用紙下部の入会申込書にご記入のうえ、事務局宛に郵送・FAX・電子メールのいずれかにてご送付ください。ご入金と入会申込書の双方が確認できた時点で会員登録完了となります。

１．入会資格について

　定款により、原則として本会正会員2名による推薦があること、該当しない場合は、事務局までご相談ください。

２．年会費について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 正 会 員 | 入会金　10,000円 | 年会費　12,000円 |
| 準 会 員 | 入会金　 3,000円 | 年会費　 2,000円 |
| 賛助会員 | 入会金　10,000円 | 年会費　100,000円 |
|  | ＊賛助会員年会費は2019年度からの適用 | |
| ※本会の年度は、毎年10月1日～翌9月30日です。 | | |

３．入会金・年会費の送金について

入会金および年会費は、郵便局備え付けの払込取扱票用紙にて最寄りの郵便局よりお振込ください。

郵便振替口座：00190-0-706261

口座名称：日本舌側矯正歯科学会（ニホンゼッソクキョウセイシカガッカイ）

※領収書の発行は、振込時に発行されるお客様控（受領書）をもって代えさせていただきます。

４．各種変更・退会について

書面にて事務局宛にご連絡ください。なお、年会費の未納が3年以上連続した場合は、自動的に退会扱いとさせていただくことがございますのでご注意願います。

連絡先：一般社団法人日本舌側矯正歯科学会事務局

〒169-0072　東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル（株）春恒社内

Tel：03-5291-6231 / Fax：03-5291-2176 / E-mail：JLOA@shunkosha.com

**一般社団法人日本舌側矯正歯科学会　入会申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦会員 | 本学会の会員として相応しい人物であり、推薦いたします。 | |
| 推薦会員氏名(1)： | 推薦会員氏名(2)： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | | 正 会 員　・　コデンタル会 員 | | | | 会員番号 | ※事務局記入 | |
| フリガナ | |  | |  | | 生年月日 | （西暦)  年　　月　　日 | |
| 氏　　名 | |  | |  | |
| ローマ字 | |  | |  | | 性　　別 | 男　・　女 | |
| 現 住 所 | | 〒 | | | | | | |
| Tel | -　　　　　- | | | Fax | -　　　　　- | |
| 勤務先 | 名　称 |  | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | |
| Tel | -　　　　　- | | | Fax | -　　　　　- | |
| E-mail | |  | | | | | | |
| 連 絡 先 | | 現住所　・　勤務先　　※郵便物等の送付先として使用します | | | | | 矯正臨床歴 | 年 |
| 出身大学 | |  | | | | | 卒業年度 | 年度 |
| 上記登録データは個人情報保護法を遵守し、当会の運営及び役員会で承認された活動においてのみ使用 | | | | | | | | |
| されることに同意いたします。 | | | | | 氏名 | （印） | | |