

# 入会申込書記載要領

記入例を参照して太枠内の全ての項目について正確に楷書でご記入願います。

- 1. 新卒者特例** 当該年度に歯科医師免許又は医師免許を取得した新卒者及び新卒者に準ずる者が、4月1日～8月31日の間に入会する場合、その時払い込まれる年会費を次年度分として扱うことができます。ただし、入会申込み時に入会金・年会費両方を払い込んでいただきます。入会日は「入会申込書」「払込票兼受領証のコピー」の両方を確認した日となりますが、雑誌は次年度よりお送りいたします。

この特例を希望される方は入会申込書右上の「新卒特例を利用する」欄の□にチェックをつけ、卒業年月および免許取得年を必ずご記入願います。

- 2. 口腔外科分野以外の所属(例:病理、放射線等)**の方で、本学会会員資格の継続を希望されない方は、入会申込書右上の「会員継続を希望しない」欄の□にチェックをつけてください。当該年度限りの会員となります。

- 3. 本学会の年度は9月から8月末まで**です。例えば8月1日に入会されますと1ヶ月で次年度会費を納めていただくこととなりますので、お急ぎでない場合は9月入会希望と余白に朱記願います。

なお、学術大会で演題発表される方(共同演者含む)は演題申込み時に入会願います。未入会の場合は発表できませんのでご注意ください。(日本歯科放射線学会・日本臨床口腔病理学会会員は除く。)

- 4. ⑦の「主たる勤務先・名称」**には、講座・教室・診療科まで正確にご記入ください。

「電話番号」「FAX番号」は必ず市外局番からご記入ください。

- 5. ⑨の「連絡先」**は、学会誌等学会からの郵便物等の送付先についてご記入ください。

- 6. ⑩** 学会会事務局からの重要なお知らせはメールでお送りしますので、必ず入会手続き完了後、会員専用ページMyWebからメールアドレスを登録してください。

- 7. 預金口座振替依頼書** 申込人名、申込人住所、民間金融機関またはゆうちょ銀行にご記入のうえ、金融機関お届け印・捨印欄の2ヶ所(ゆうちょ銀行の場合はお届け印欄のみ)にご捺印ください。

- \* **入会日** 「入会申込書」「払込票兼受領証のコピー」を受領確認した日が入会日となります。手続きが終了次第、入会日・会員番号・雑誌送付開始号・会員証送付時期を記載した文書をお送りします。

- \* **学会誌** 入会手続き完了の日の属する月の翌月の号からお送りいたします。

- \* **会員証** 入会手続き完了後に作成しますので、お届けまで1～2ヶ月かかります。

- \* **会員番号(アラビア数字6桁)** 入会手続き完了のお知らせ・学会誌の宛名ラベルに記載してあります。学会宛のご照会・論文ご投稿の際に必要ですのでお書き留めください。

- \* **預金口座振替依頼書** 本学会会費の徴収方法は入会の次年度より、預金口座からの自動引落しの方法をとらせていただくことになっております。金融機関は、最寄りの銀行・信用金庫等および全国のゆうちょ銀行にお持ちの口座をご利用いただけます。口座からの引落とし時期は毎年9月になります。8月に振替日・金額・振替口座等のお知らせを郵送でお送りいたしますので、振替日の前日までにご指定の口座にご準備下さい。

- \* **変更届** 会員情報に変更が生じたときは、変更届(用紙は学会ホームページよりダウンロード)を使用し、事務局あてご提出ください(FAXも可)。また、入会手続き完了後に会員専用ページMyWebにログインしWeb上から変更することができますのでご利用ください。とくに、住所・勤務先変更・メールアドレスの変更はすみやかにお届けください。

*入会日					
*会員番号					

公益社団法人 日本口腔外科学会  
**入 会 申 込 書**

<input type="checkbox"/>	新卒者特例を利用する
<input type="checkbox"/>	会員継続を希望しない

① 入 会 者	フリカナ	ヤマダ	タロウ	印	②生年月日・性別	1985年12月10日 <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	氏名	姓 山 田	名 太 郎		③最終学歴・卒業年月	
	ローマ字	姓 YAMADA	名 T a r o		東西歯科 大学 歯 学部	
⑤職種区分		<input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 医 師	<input type="checkbox"/> 歯科医師・医師	(西暦)	2011年 3月卒業
		<input type="checkbox"/> 研究者	<input type="checkbox"/> 技術者	<input type="checkbox"/> その他	大学大学院	研究科 専攻
⑥勤務先区分		<input checked="" type="checkbox"/> 大学勤務(大学病院含)		<input type="checkbox"/> 大学以外の病院勤務	(西暦)	年 月卒業
		<input type="checkbox"/> 歯科医院		<input type="checkbox"/> その他	④免許取得年	2012年
⑦ 主 た る 勤 務 先	所在地	〒 123 - 8765 東京都千代田区日本町1-1-5				
	名称	東西歯科大学大学院歯学研究科 口腔病態学講座 口腔顎顔面外科学分野				
	電話番号	03 - 3456 - 7890	FAX番号	03 - 1234 - 5678		
⑧ 自 宅 住 所	住所	〒 123 - 0123 東京都千代田区大和町3-4-5 ヤマトマンション201号				
	電話番号	— —		FAX番号	— —	
	⑨連絡先 (雑誌等郵便物送付先)	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		⑩メールアドレス	入会手続き完了後、会員専用ページ MyWeb からメールアドレスを登録してください	

※記載要領を必ずお読みの上、太枠内の全項目についてご記入ください。