**一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会　入会申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※本学会代議員による署名が必要です。必要事項入力の上、署名したものをスキャンし、メール添付等でご提出ください。 | | | | | | | |
| 申込日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | （事務局記載欄）会員番号 | | | |
| 次年度入会希望 | | 本学会の会計年度は**9月〜翌年8月**です。（例：2023 年度＝2023年9月〜2024年 8月）  次年度入会をご希望の方は、左記にチェック☒を入れてください。 | | | | | |
| 会員種別 | 正会員　　　・　　　　賛助会員　　　　**※どちらかご選択ください** | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | ローマ字 |  | |
| 氏　名 |  | | 印 | | 生年月日  （西暦） | 年 月 日 | |
| 専門分野 | 1.形成外科 　　　2.歯科  3.その他診療科（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　4.医師以外  **※1ヶ所のみご選択ください　　　※その他の診療科の場合は、具体的な科を括弧内にご記入ください** | | | | | | |
| 最終学歴 | 学校名 | | | | | （西暦）　　　　　　年　　　月 卒業 | |
| E-mail① |  | | | | | | |
| E-mail② |  | | | | | | |
| 書類送付先 | 勤務先　　　・　　　　自宅　　　　　**※どちらかご選択ください** | | | | | | |
| 勤務先 名称・部署・役職 |  | | | | | | |
| 勤務先  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　内線　 　　　　　　FAX | | | | | | |
| 自宅  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | |
| **■推薦状（本学会代議員による推薦が必要です）**  上記入会申込者を一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会会員に推薦いたします。  **年　　　　　月　　　　　日　　推薦代議員　署名** | | | | | | |

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

**＜　送信先　＞**〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番地12号　新宿ラムダックスビル9階

株式会社春恒社　学会事業部内　　　一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会事務局

E-mail：[tougai@shunkosha.com](mailto:tougai@shunkosha.com) FAX：**03-5291-2176**