

年 月 日

JSAPD 米国歯科大学院同窓会入会申込書について

米国歯科大学院同窓会事務局

当同窓会入会に際し、下記の入会申込書にご記入いただき、サティフィケートあるいは MSD、MS、PhD などのディプロマのコピーを同封の上、事務局にご返送下さい。

JSAPD 米国歯科大学院同窓会入会申込書

氏 名		資格、学位、専門、その他
フリガナ		DDS,
漢 字	姓 名	
ローマ字 (活字体)		
職	開業医、勤務医、その他（大学など） ※該当に○印をつけてください。 その他の役職：所属又は、組織しているスタディグループ名・役職等	
現住所	〒 TEL: FAX: E-mail:	✓希望 連絡先 <input type="checkbox"/>
	〒 TEL: FAX: E-mail:	✓希望 連絡先 <input type="checkbox"/>
最終学歴	大 学 :	(年卒)
	大学院 :	(年卒)
	海 外 :	(年卒)
推薦者名		

※ この個人情報は、当会の名簿整備を目的とし、それ以外に使用せず、厳重に管理いたします。

※ 申込書類ご提出後、役員会で承認された時点から、会員となります。

※ 入会時に年会費 2 年分（¥14,000）を前納していただきます。

JSAPD 米国歯科大学院同窓会事務局

E-mail: info@jsapd.org