

F A X : 0 3 - 3 9 4 7 - 8 3 4 1

## 会員資格変更届け

希望する変更項目に○をお付けください

・ 正会員資格を希望

・ 準会員資格を希望

※歯科医師、医師、大学教員、理事、評議員、各種委員会委員は正会員でなければならない。

氏名 (ふりがな) \_\_\_\_\_

会員番号 \_\_\_\_\_

所属または住所 \_\_\_\_\_

種別 歯科医師・医師・大学教員・歯科衛生士・歯科技工士・その他

※該当する種別に○を付けてください

送付先 (郵送または FAX)

特定非営利活動法人

日本歯周病学会

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9

駒込 TS ビル 4 F (一財) 口腔保健協会内

FAX: 03-3947-8341