

一般社団法人  
日本外傷歯学会年会費納入証明書  
(新規・更新) 申請者用

(フリガナ)

氏 名 殿

診療機関・所属

(フリガナ) 〒 -

住 所

電 話 -

F A X -

(下記の証明欄は学会で記入いたしますので、申請者は何も記入しないでください。)

貴殿は下記の期間につき日本外傷歯学会年会費を納入されている  
ことを証明いたします。

年 会 費 納 入 歴

自西暦年	月	日		
至西暦年	月	日	年	箇月
自西暦年	月	日		
至西暦年	月	日	年	箇月
通 算		年	箇月	
(備 考)				

年 月 日  
一般社団法人  
日本外傷歯学会 印