

**입 회 신 청 서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명(국문) |   | 생년월일 |  |
| 성명(영문) |  | 면허번호 |  |
| 전공분야 |  | 성   별 | M ( ) F ( ) |
| 근 무 처 | 주 소 |  |
| 전화번호 |  | 치과이름 |  |
| 휴대폰 |  | 이메일 |  |
| **학                         력** |
| 구   분 | 졸업 년도 | 학 위 수 여 대 학 | 전     공 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **경                        력** |
| 기     간 | 경  력  내  용 | 기    타 |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |   |
| 수련기관 |  | 수련기간 |  | 수련전공 |  |
| **국내외 학회 가입 상황 (학회명)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 회 비 | 연간회원 ( ) |  입회비 5만원 + 연회비 3만원 = 8만원 | 국민은행 (대한치과감염학회) |
| 평생회비 ( ) |  평생회비 60만원 (입회비 포함) | 639001-01-693929 |

2021년 월 일 신청인:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 추천인 |  | 심의결과 |  | 입회일자 |  |

**작성 후 사무국으로 이메일 또는 사진 찍어 전송해주세요.** **kaicd2020@naver.com** **/ 010-5385-7242**