（様式1）

九州歯科大学　後援会　事務局行
FAX:093-581-7508

九州歯科大学　後援会　入会届

提出日：（西暦）　　年　　月　　日

会員（保護者）名	ふりがな
会員　現在住所	〒 県　　市
会員　電話番号	

在学科に〇をつけてください	歯学科　・口腔保健学科
ご子弟名 （学生）	ふりがな

■きょうだい会員子弟の確認

※ご子弟の入学時に、本大学および大学院にきょうだいがいる場合はきょうだい会員子弟となり、**入会金は免除**となります。
（年次会費は、**ご子弟の人数分**となりますことをご了承ください。）

在学生 きょうだい氏名	ふりがな	大学(歯学・口保)　　年生 大学院(博士・修士)　　年生

■後援会　入会・年次会費　納入方法

下記のいずれかに〇をつけてください。

振込用紙にて振込済	現金にて支払済	後日　振込用紙にて振込予定	後日　現金支払予定

■「後援会入会届」における個人情報に関する取扱いについて

1. 利用目的について
   会員および会員子弟に対する福祉共済、会員子弟の学生生活、活動の援助、支援等後援会の運営のために利用いたします。
2. 第三者提供について
   法令等に基づく場合を除き、取得した個人情報を利用目的の範囲を超えて第三者へ提供致しません。
3. 業務委託について
   会報などの発送のため、協力会社に委託する場合は、取得した個人情報の全部または一部を利用目的の範囲内で提供いたします。
4. お問合せについて
   個人情報に関する開示等のお問合せについては後援会　事務局　093-581-7508　まで

事務局　記載欄	F	C	入会年度	期	

九州歯科大学　後援会事務局　：　電話／ＦＡＸ　093-581-7508