

平成 23 年 度 版

事 務 手 続 便 覧



東京都日本歯科大学校友会

【ご 活 用 に あ た り】

この手引は、会員の入会及び福祉、共済等について校友会本部及び東京都校友会の会則、諸規程から、事務的な手続きの主なものを簡明にまとめたものです。

支部長各位におかれましては、その所属する会員の動向を常に把握して、所定の手続きを行なう必要が生じた場合には、この手引を参照の上、すみやかに、円滑に処理されるようご協力願います。
尚、支部長異動の折には、次期支部長に必ずお引継ぎ願います。

平成23年11月1日

東京都日本歯科大学校友会

目 次

1.	入 会	
	入会希望があった場合	1
2.	共 済	
	A. 会員が死亡した場合	3
	B. 会員が長期疾病（全盲）の場合	4
	C. 会員が罹災した場合	5
3.	会費免除・減免	
	高齢会員殊遇の申し出があった場合	7
4.	支部長・連合会長の異動があったとき	9
5.	会員の異動・退会があったとき	10
6.	役員・講師派遣依頼	
	A. 総会等に役員等の派遣を依頼したい場合	12
	B. 学術講演に講師を依頼したい場合	12
	C. 連合会総会、学術講演会に歯学会を經由し講師を依頼したい場合	
		14
	(附) 会費の納入について	15

1. 入 会

入会希望があった場合

- 該 当 資 格 都内に居住又は診療の場所を有する
日本歯科医学専門学校、日本歯科大学の卒業生、その他
- 提 出 書 類 入会希望者から、所定の入会申込書に必要事項を記載の上、次の費用を添えて提出して下さい。(様式1号)
様式1号は3部複写で、1. 支部 2. 日本歯科大学校友会
3. 都校友会保存用になっております。
- ① すでに日本歯科大学校友会に入会済みで、都校友会にのみ入会
を希望する方。
入 会 金 5千円
会 費 1万7千円(含福祉共済金2千円)
但し、総会の議決により変更することがあります。
- ② 日本歯科大学校友会、都校友会に同時に入会希望する方。
都 入 会 金 5千円
年 会 費 1万7千円(含福祉共済金2千円)
日本歯科大学校友会 1万円 (含歯学会入会金5千円)
年 会 費 1万4千5百円
(含歯学会会費3千5百円)

(支部控え)

様式1号

<u>入 会 申 込 書</u>																													
平成 年 月 日																													
<u>東京都日本歯科大学校友会支部長殿</u>																													
			入会者 氏名	_____ ㊟																									
日本歯科大学校友会 東京都日本歯科大学校友会 支部校友会																													
に会したいので、下記金額を添えて申し込みます。																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>摘 要</th> <th>支 部</th> <th>都 校 友 会</th> <th>校 友 会 本 部</th> <th>合 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入 会 金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>会 費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>育英等基金</td> <td>—</td> <td>—</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そ の 他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計	入 会 金					会 費					育英等基金	—	—			そ の 他				
摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計																									
入 会 金																													
会 費																													
育英等基金	—	—																											
そ の 他																													
納入金額をご記入下さい。																													
住 所	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
就 業 所 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
勤 務 先 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日生																											
最 終 卒 業 学 校	学 校 名																												
卒 業 年 月 日 及 回 数		年 月 日	回卒																										
共 済 弔 慰 金 等 受 領 者	氏 名																												
	住 所 〒																												
受付年月日 平成 年 月 日																													
支 部 控																													

(日本歯科大学校友会控え)

様式1号 (第3号書式 (A))

<u>入 会 申 込 書</u>																													
平成 年 月 日																													
<u>日本歯科大学校友会会長殿</u>																													
			入会者 氏名	_____ ㊟																									
日本歯科大学校友会 東京都日本歯科大学校友会 支部校友会																													
に会したいので、下記金額を添えて申し込みます。																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>摘 要</th> <th>支 部</th> <th>都 校 友 会</th> <th>校 友 会 本 部</th> <th>合 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入 会 金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>会 費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>育英等基金</td> <td>—</td> <td>—</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そ の 他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計	入 会 金					会 費					育英等基金	—	—			そ の 他				
摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計																									
入 会 金																													
会 費																													
育英等基金	—	—																											
そ の 他																													
納入金額をご記入下さい。																													
住 所	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
就 業 所 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
勤 務 先 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日生																											
最 終 卒 業 学 校	学 校 名																												
卒 業 年 月 日 及 回 数		年 月 日	回卒																										
共 済 弔 慰 金 等 受 領 者	氏 名																												
	住 所 〒																												
受付年月日 平成 年 月 日																													
本 部 控																													

(都校友会控え)

様式1号

<u>入 会 申 込 書</u>																													
平成 年 月 日																													
<u>東京都日本歯科大学校友会会長殿</u>																													
			入会者 氏名	_____ ㊟																									
日本歯科大学校友会 東京都日本歯科大学校友会 支部校友会																													
に会したいので、下記金額を添えて申し込みます。																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>摘 要</th> <th>支 部</th> <th>都 校 友 会</th> <th>校 友 会 本 部</th> <th>合 計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入 会 金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>会 費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>育英等基金</td> <td>—</td> <td>—</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そ の 他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計	入 会 金					会 費					育英等基金	—	—			そ の 他				
摘 要	支 部	都 校 友 会	校 友 会 本 部	合 計																									
入 会 金																													
会 費																													
育英等基金	—	—																											
そ の 他																													
納入金額をご記入下さい。																													
住 所	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
就 業 所 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
勤 務 先 及 所 在 地	〒	電 話 () -																											
		FAX () -																											
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日生																											
最 終 卒 業 学 校	学 校 名																												
卒 業 年 月 日 及 回 数		年 月 日	回卒																										
共 済 弔 慰 金 等 受 領 者	氏 名																												
	住 所 〒																												
受付年月日 平成 年 月 日																													
都校友会控																													

記入項目 様式1号

- ・ 申請年月日
- ・ 入会希望者の氏名（フリガナ）と捺印
- ・ 納入金額
- ・ 入会希望者の住所・電話番号・FAX番号
- ・ 入会希望者の診療所（勤務先診療所）の住所・電話番号・FAX 番号
- ・ 生年月日
- ・ 最終卒業学校名・卒業年月日・卒業回数
- ・ 共済弔慰金等受領者の氏名・住所
- ・ 入会申し込みの受付年月日

2. 共 済

A. 会員が死亡した場合

弔電及び共済弔慰金・供花料を送りますので、次の所定の手続きをして下さい。

まず電話連絡を 弔電及び共済弔慰金・供花料は、葬儀との関係がありますので、会員及び会員と同居する家族（配偶者・親・子）の死亡が確認され次第、都校友会事務所に電話又はFAXで連絡をお願いします。（平日のPM12：00～PM5：00）左記の時間以外の場合は都校友会共済担当理事に電話又はFAXで連絡をお願いします。

都校友会事務所 TEL 03（3261）0454

都校友会事務所 FAX 03（3261）0486

提 出 書 類 支部長名にて所定の共済報告書（証明書）1通に必要事項を記載の上、都校友会事務所にお送り下さい。（様式2号）

（注）長期疾病見舞金の申請中に死亡の場合は、報告書の余白に「長期疾見舞金申請済」と朱書して下さい。

本部の共済弔慰金資格該当者の手続きは、都校友会で行います。

共 済 弔 慰 金 都校友会
死亡共済金 10万円
特別弔慰金 3万円 昭和54年6月1日を基点とし傷病共済金を支給されていない場合

日本歯科大学校友会

死亡共済金 10万円

*会員功労金を支給されてない場合

会員功労金 育英基金納入者は8万5千円

育英基金未納入者は3万5千円

供 花 料 日本歯科大学理事長・学長名供花料 2万円
日本歯科大学校友会会長名供花料 2万円
東京都日本歯科大学校友会会長名供花料 1万5千円
都校友会では連絡を受け次第、所定の手続きを経てすみやかに支部長宛共済弔慰金及び供花料を送付しますから、ご遺族に弔慰金を、葬儀にあたり供花をお供え下さい。

※会員と同居する家族（配偶者・親・子）の死亡

東京都日本歯科大学校友会会長名供花料 1万5千円

B. 会員が長期疾病（全盲）の場合

長期疾病見舞金・休業見舞金（全盲見舞金）を送りますので、次の所定の手続きをして下さい。

該 当 資 格

① 疾病、傷害、不慮の事故のため安静加療中で、就業不能の状況にある会員

(都校友会) 90日以上休業のもの（1 会員生涯 1 回のみ）

(日本歯科大学校友会) i. 90日以上休業のもの

ii. 更に90日以上休業のもの

② 全盲になった会員

(注) i. 受給資格が発生してから1年以内に申請がない場合は、受給を辞退したものとみなされます。

ii. 本部共済において、同一の疾病、負傷及びこれに生じた病気については1回限りです。

但し、死亡弔慰金を受けた場合は支給されません。

提出書類	支部長名にて所定の共済報告書（証明書）1通に、必要事項を記載の上、都校友会にお送り下さい。（様式2号）
	長期疾病・休業見舞金の場合 医師の就業不能を証明する診断書（病名のみでなく、就業不能であることを明示したもの）
	全盲の場合 医師の診断書

見	舞	金	長期疾病の場合	
			(都校友会) 90日以上のは	3万円
			(日本歯科大学校友会) 90日以上のは	6万円

休業見舞金	(日本歯科大学校友会) 更に90日以上の場合は	6万円
	全盲の場合 (都校友会)	10万円
	(日本歯科大学校友会)	10万円

※都校友会では、申請を受け次第もっとも早い時期の理事会の議を経て、すみやかに支部長に送付しますので、ご本人にお渡し下さい。

※日本歯科大学校友会へ申請する長期疾病（全盲）の手続きは、都校友会を経て申請して下さい。

C. 会員が罹災した場合

共済見舞金を送りますので、次の手続きをして下さい。

該 当 資 格	住居、診療所が罹災した会員。	
提 出 書 類	支部長名にて所定の共済報告書（証明書）1通に、必要事項を記載の上、都校友会にお送り下さい。（様式2号）	
	① 罹災を証明する官公署の書類（消防署など）	1 通
	② 災害現状写真（罹災状況が一目で分るもの）	
災 害 見 舞 金	（都校友会）	10万円
	（日本歯科大学校友会）	
	第1級 家屋全壊、流失、全焼のもの	10万円
	第2級 家屋半壊、水没、半焼のもの	8万円
	第3級 家屋 1/3壊、床上浸水、1/3焼失のもの	5万円

※第1級該当者は災害復旧資金として本部校友会より5万円を支給。

（注）受給資格が発生してから1年以内に申請がない場合は、受給を辞退したものとみなされます。

※都校友会では、申請を受け次第もっとも早い時期の理事会の議を経て、すみやかに支部長に送付しますので、ご本人にお渡し下さい。

※日本歯科大学校友会へ申請する手続きは、都校友会を経て申請して下さい。

(支部控え)

様式 2 号

共 済 報 告 書 (支部控)

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 支部

支部長 TEL () -

会 員	氏 名			
	住 所 〒			
	卒 業 回 数	回 卒	明治・大正・昭和	年 月 日生
共済事項 (該当箇所に記入, ○印を付すこと)				
1) 死亡 平成 年 月 日 病名				
2) 全盲 平成 年 月 日 添付書類 診断書				
3) 長期疾病 (安静加療にて就業不能の期間) 90日以上 (平成 年 月 日から平成 年 月 日迄) 添付書類 診断書				
4) 住宅・診療所 所在地 〒 添付書類 官公署の罹災証明書				
5) 供花 本人死亡				
親族死亡 氏名 続柄 死亡 平成 年 月 日				

上記に該当することを証明し、必要書類を添えて報告します。

-----き り と り-----

共 済 金 受 領 書

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 支部

支部長 TEL () -

金 円也

但し (死亡・全盲・長期疾病・災害・供花) 給付金として

上記の共済金を領収の上、当事者に給付致しました。

給付金受領者 住所

氏名

(都校友会控え)

様式 2 号

共 済 報 告 書 (都校友会控)

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 支部

支部長 TEL () -

会 員	氏 名			
	住 所 〒			
	卒 業 回 数	回 卒	明治・大正・昭和	年 月 日生
共済事項 (該当箇所に記入, ○印を付すこと)				
1) 死亡 平成 年 月 日 病名				
2) 全盲 平成 年 月 日 添付書類 診断書				
3) 長期疾病 (安静加療にて就業不能の期間) 90日以上 (平成 年 月 日から平成 年 月 日迄) 添付書類 診断書				
4) 住宅・診療所 所在地 〒 添付書類 官公署の罹災証明書				
5) 供花 本人死亡				
親族死亡 氏名 続柄 死亡 平成 年 月 日				

上記に該当することを証明し、必要書類を添えて報告します。

-----き り と り-----

共 済 金 受 領 書

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 支部

支部長 TEL () -

金 円也

但し (死亡・全盲・長期疾病・災害・供花) 給付金として

上記の共済金を領収の上、当事者に給付致しました。

給付金受領者 住所

氏名

(郵送ハガキ)

郵便はがき

102-0071

東京都千代田区富士見一七ー六

飯田橋ニュー東和ビル3F

東京都日本歯科大学校友会

御中

記入項目 様式 2 号

- ・報告年月日
- ・支部名・支部長名と捺印・電話番号
- ・会員の氏名・住所・卒業回数・生年月日
- ・共済事項 該当箇所に記入と○印を付ける
 - A 会員死亡 死亡年月日・病名
 - B 全 盲 診断年月日 添付書類(医師の診断書)
 - C 長期疾病 安静加療にて就業不能の期間 添付書類(医師の診断書) ※病名のみでなく、就業不能であることを明示したもの
 - D 罹 災 住宅・診療所の住所 添付書類(官公署の罹災証明書) 災害現状写真(罹災状況が分かるもの)
 - E 供 花 本人死亡 親族死亡 氏名・続柄・死亡年月日

3. 会費免除・減免

高齢会員殊遇の申し出があった場合

該 当 資 格	(都校友会) 日本歯科大学校友会会則を準用する。 (日本歯科大学校友会) ① 入会後通算35年以上会員としての義務を果たした75歳以上の会員。 ② 疾病その他特別な事情がある会員に対し、一定期間を定めて会費を減免することができる。		
提 出 書 類	支部長は高齢会員殊遇の該当会員から申し出を受けたら、日本歯科大学校友会並びに都校友会所定の会費免除（減免）申請書各1通に必要事項記載の上、都校友会へお送り下さい。 上記に該当される方は、必要書類を送付しますので、その旨お申し出下さい。(様式3号、本部第5号書式)		
会 員 功 労 金	会費免除の資格を得た会員及び資格取得以前に死亡した会員。 (日本歯科大学校友会) 育英基金納入者 8万5千円 育英基金未納入者 3万5千円 ※育英基金とは〇〇〇		

(都校友会) 様式 3 号

様式 3 号

会費免除 (減免) 申請書 平成 年 月 日 東京都日本歯科大学校友会会長殿 住 所 〒 氏 名 ㊟ 下記の事由により、会費免除 (減免) の申請をいたします。			
卒業回数	回	生年月日	年 月 日生 満 歳
入 会 年 月 日		年 月 日	年 月 日
会費免除 (減免) 申請の事由 1. 入会20年以上にして、満75歳以上に達した方で、支部長の申請による。 2. 疾病その他特別な事情がある。 ① 減免申請期間・平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで ② 会費納入の困難事由 (詳細に記入の事) ㉞ 会費免除 (減免) 申請の事由欄は、該当するものに㊟印をつけて下さい。 支部長の意見 平成 年 月 日 _____ 支部 支部長 _____ ㊟			

(日本歯科大学校友会) 第 5 号書式

第5号書式

会 費 免 除 申 請 書 年 月 日 日本歯科大学校友会会長 殿 住 所 氏 名 印 (回 卒) 下記の事由により、会費免除 (減免) の申請をいたします。			
生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)	
日本歯科大学校友会 入 会 年 月 日		年 月 日 (年 ヶ月)	
会費免除 (減免) の申請の事由 (該当事項を○で囲み記入して下さい) 1. 通算35年以上会員たる義務を果たし、75歳以上である 2. 疾病その他特別な事情がある ① 減免申請期間 年 月 日より 年 月 日まで ② 会費納入の困難な理由 (詳細に記入のこと)			
都道府県校友会会長の意見 上記会員は、会則9条に該当しますので申請いたします。 年 月 日 都道府県校友会会長 氏 名 印			
会員功労金の支給時期について選択して下さい。 1. 直ちに (どちらかを○で囲んでください) 2. 死亡共済金と同時に			
本部 記入 欄	処 理 日	年 月 日	常務理事会承認 年 月 日
	会費納入状況	年間	理 事 会 承 認 年 月 日
	担当常務	担当者	1. 年度より会費免除
	備 考		2. 年度～ 年度まで会費減免

記入事項

- ・ 申請年月日
- ・ 会員の住所・氏名・捺印
- ・ 卒業回数・生年月日
- ・ 入会年月日
- ・ 会費免除・減免の事由
- ・ 支部長の意見・支部名・支部長名・捺印

4. 支部長・連合会長の異動があったとき

支部長、連合会長に異動が生じた時は、そのつどすみやかに都校友会へ、文書にて報告願います。

支部長異動（様式4号の1）

連合会長異動（様式4号の2）

（支部長異動）様式4号の1

様式4号の1

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 支部

新支部長 ⑩

支部長の異動について（報告）

下記のとおり支部長の異動（交代）がありましたので、ご報告いたします。

記

新支部長	氏 名	(回卒)	
	住 所	〒	
	電 話	()	—
	F A X	()	—
	異 動 年 月 日	平成 年 月 日より	
任 期	平成 年 月 日まで		
旧支部長	氏 名	(回卒)	

（連合会長異動）様式4号の2

様式4号の2

平成 年 月 日

東京都日本歯科大学校友会会長殿

東京都日本歯科大学校友会 連合会

新連合会長 ⑩

連合会長の異動について（報告）

下記のとおり連合会長の異動（交代）がありましたので、ご報告いたします。

記

新連合会長	氏 名	(回卒)	
	住 所	〒	
	電 話	()	—
	F A X	()	—
	異 動 年 月 日	平成 年 月 日より	
任 期	平成 年 月 日まで		
旧連合会長	氏 名	(回卒)	

記入事項

- ・ 報告年月日
- ・ 支部名・新支部長名・捺印
- ・ 新支部長の氏名・卒業回数・住所
電話番号・FAX 番号
- ・ 異動年月日・任期
- ・ 旧支部長の氏名・卒業回数

- ・ 報告年月日
- ・ 連合会名・新連合会長名・捺印
- ・ 新連合会長の氏名・卒業回数・住所
電話番号・FAX 番号
- ・ 異動年月日・任期
- ・ 旧連合会長の氏名・卒業回数

5. 会員の異動・退会があったとき

会員の異動、退会の場合は、所属支部を経由して、都校友会へ届け出る事になって
いますので、所属会員にその旨ご指導下さい。

会員の動向を把握することはもちろん、「富士見」はじめ書類の送付、名簿の作成
等に必要ですから、ぜひご協力願います。

(都校友会) 異動は異動届(様式5号)、退会は退会届(日本歯科大学校友会)。

(日本歯科大学校友会) 異動は変更届、退会は退会届が必要です。

(都校友会) 様式5号

会 員 異 動 届	
平成 年 月 日	
東京都日本歯科大学校友会会長 殿	
会員氏名	印
東京都日本歯科大学校友会 から 校友会	
支部 から 支部	
に異動したいので、お届けいたします。	
事 由	住所移転・診療所移転・他道府県転出・その他()
新住所	〒 TEL. FAX.
新就業所及び所在地	〒 TEL. FAX.
生年月日/卒回	年 月 日生 / 回卒
支部長意見	
上記相違ありません。	
支部	支部長 印
受付 年 月 日	
(都校友会) 控	

記入事項 異動届の場合

- ・報告年月日
- ・会員氏名・捺印
- ・異動前の支部名・異動後の支部名
- ・該当する事由項目にチェック
- ・異動後の新住所・新電話番号
- ・異動後の診療所の新住所・新電話番号
- ・生年月日・卒業回数
- ・支部長意見

異動前の支部の支部名・支部長名・捺印

(日本歯科大学校友会控え)

平成 年 月 日

日本歯科大学校友会会長 殿

退 会 届

会員番号 No. _____
氏名 _____ (回卒)

下記の通り退会いたしたくお届けいたします

所属校友会	いづれかに✓をつけて下さい。 ☐ 都道府県校友会 都道府県名 () ☐ 学 内 校 友 会 所 属 () ☐ 本部取扱会員
連 絡 先	〒 _____ 電話 _____ FAX _____ 携帯 _____
退 会 理 由	_____

校友会本部用

担当役員	担当者	処 理 日	備 考
校友会本部 記入欄			

(支部校友会控え)

平成 年 月 日

_____ 支部校友会会長 殿
 _____ 都道府県・学内校友会会長 殿
 日本歯科大学校友会会長 殿

退 会 届

氏名 _____ (回卒)

下記の通り退会いたしたくお届けいたします

所属校友会	いづれかに✓をつけて下さい。 ☐ 都道府県校友会 都道府県名 () ☐ 学 内 校 友 会 所 属 () ☐ 本部取扱会員
連 絡 先	〒 _____ 電話 _____ FAX _____ 携帯 _____
退 会 理 由	_____

支部校友会 控

(都道府県・学内校友会控え)

平成 年 月 日

_____ 都道府県・学内校友会会長 殿
 日本歯科大学校友会会長 殿

退 会 届

氏名 _____ (回卒)

下記の通り退会いたしたくお届けいたします

所属校友会	いづれかに✓をつけて下さい。 ☐ 都道府県校友会 都道府県名 () ☐ 学 内 校 友 会 所 属 () ☐ 本部取扱会員
連 絡 先	〒 _____ 電話 _____ FAX _____ 携帯 _____
退 会 理 由	_____

都道府県・学内校友会 控

記入事項 退会届の場合

- ・ 報告年月日
- ・ 氏名・捺印・卒業回数
- ・ 所属校友会にチェック
- ・ 住所・電話番号・FAX 番号・携帯電話番号
- ・ 退会理由

6. 役員・講師派遣依頼

A. 総会等に役員等の派遣を依頼したい場合

支部校友会及び連合会の総会等の開催にあたって、母校、日本歯科大学校友会、都校友会から役員等の派遣を希望する場合は、次の所定の手続きをして下さい。

- | | |
|----------|---|
| 提出書類 | 支部長、連合会長名にて所定の役員、講師派遣依頼申請書に、必要事項を記載の上、都校友会へお送り下さい。(様式6、7号) |
| 依頼時期 | 開催予定日の少なくとも2ヵ月前に到着するよう発送をお願いします。期日間近になっての依頼は、事務上及び派遣者の都合上、ご遠慮下さい。 |
| 派遣者の人選 | 希望された派遣者については、ご希望以外の方が派遣される事もあります。すでに派遣予定者に内諾を得ている場合は、その旨明記して下さい。 |
| 派遣者との打合せ | 諾否、人選決定は、文書で回答されますので、詳細については派遣者と直接打ち合わせ願います。 |

B. 学術講演に講師を依頼したい場合

支部校友会及び連合会の学術講演会・研修会の開催にあたって、母校からの講師の派遣を希望する場合は、次の所定の手続きをして下さい。

- | | |
|------------|--|
| 提出書類 | 支部長、連合会長名にて所定の役員、講師派遣願に、必要事項を記載の上、都校友会へお送り下さい。(様式6、7号) |
| 依頼時期 | 開催予定日の少なくとも2ヵ月前に到着するよう発送をお願いします。期日間近になっての依頼は、事務上及び派遣者の都合上、ご遠慮下さい。 |
| 派遣者の人選 | 希望された講師については、ご希望以外の方が派遣されることもあります。
すでに講師予定者に内諾を得ている場合は、その旨明記してください。 |
| 派遣者との打ち合わせ | 諾否、人選決定は、文書で回答されますので、詳細については派遣者と直接打ち合わせ願います。 |

その他の講師の派遣日は、授業等に差しつかえますので、出来るだけ土曜日、日曜日をあてて下さい。

講師派遣依頼は、その講師の所属学部（東京校・新潟校）にかかわらずなく、都校友会へお願いします。

（支部）様式6号

様式6号	
東京都日本歯科大学校友会会長殿	
_____ 支部	
支部長 _____ ㊞	
支部総会・学術・研修会の本部役員及び講師派遣について（依頼）	
校友会支部総会・学術・研修会等の活動に際し、下記の内容で本部役員及び講師の派遣を、 お願い申し上げます。	
記	
会議の種類・名称	
開催場所	会場名 開催地住所 〒 _____ 電話（ ） - FAX（ ） -
開催日時	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ____ 曜日） 時 ____ 分より 時 ____ 分まで
出席予定人数	
役員及び派遣講師	1. 校友会及び歯学会一任 2. 地区にて派遣者希望
その他連絡事項	
地区にて派遣者希望のときのみ記入	
希望役員及び講師	役員 東京校 新潟校
希望講演内容・科目名	
会議担当者連絡先	
住所 〒 _____	電話（ ） - FAX（ ） -
氏名 _____	(____ 回卒)

（連合会）様式7号

様式7号	
東京都日本歯科大学校友会会長殿	
_____ 連合会	
会長 _____ ㊞	
連合会総会・学術・研修会の本部役員及び講師派遣について（依頼）	
校友会連合会総会・学術・研修会等の活動に際し、下記の内容で本部役員及び講師の派遣を、 お願い申し上げます。	
記	
会議の種類・名称	
開催場所	会場名 開催地住所 〒 _____ 電話（ ） - FAX（ ） -
開催日時	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ____ 曜日） 時 ____ 分より 時 ____ 分まで
出席予定人数	
役員及び派遣講師	1. 校友会及び歯学会一任 2. 地区にて派遣者希望
その他連絡事項	
地区にて派遣者希望のときのみ記入	
希望役員及び講師	役員 東京校 新潟校
希望講演内容・科目名	
会議担当者連絡先	
住所 〒 _____	電話（ ） - FAX（ ） -
氏名 _____	(____ 回卒)

記入事項

- ・支部名・支部長名・捺印
- ・会議の種類・名称
- ・開催場所：会場名・住所
電話番号・FAX 番号
- ・開催日時
- ・出席予定人数
- ・役員及び派遣講師：希望者無なら校友会一任
希望者有なら氏名
を記入
- ・希望講演内容・科目名
- ・会議担当者：住所・電話番号・FAX
番号
氏名・卒業回数

- ・連合会名・連合会長名・捺印
- ・会議の種類・名称
- ・開催場所：会場名・住所
電話番号・FAX 番号
- ・開催日時
- ・出席予定人数
- ・役員及び派遣講師：希望者無なら校友会一任
希望者有なら氏名
を記入
- ・希望講演内容・科目名
- ・会議担当者：住所・電話番号・FAX
番号
氏名・卒業回数

C. 連合会総会、学術講演会に歯学会を經由し講師を依頼したい場合

依 頼 条 件 連合会総会ならびに、学術講演会に限ります。
講師、演題ともに歯学会に一任する場合に適用されます。
当該年度、1 連合会に1 題1 名となっています。

提 出 書 類 派遣依頼申請書を歯学会宛に提出します。
派遣依頼申請書に歯学会一任と記載して下さい。

依 頼 時 期 派遣依頼申請書は前年度3 月末までに提出して下さい。(様式7 号)

そ の 他 講師派遣の費用については、旅費、講師の謝礼共に歯学会が負担します。

(歯学会を經由する場合)

様式 7 号

東京都日本歯科大学校友会会長殿

連合会
会長 _____ ㊟

連合会総会・学術・研修会の本部役員及び講師派遣について (依頼)

校友会連合会総会・学術・研修会等の活動に際し、下記の内容で本部役員及び講師の派遣を、お願い申し上げます。

記

会議の種類・名称			
開催場所	会場名	電話 () -	
	開催地住所〒	FAX () -	
開催日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分より 時 分まで		
出席予定人数			
役員及び派遣講師	1. 校友会及び歯学会一任 2. 地区にて派遣者希望		
その他連絡事項			

地区にて派遣者希望のときのみ記入

希望役員及び講師	役員 東京校 新潟校
希望講演内容・科目名	

会議担当者連絡先

住 所	〒	電話 () -
		FAX () -
氏 名	(回卒)	

記入事項

- ・支部名 (連合会名) ・支部長名 (連合会長名)
- ・捺印
- ・会議の種類・名称
- ・開催場所：会場名・住所
電話番号・FAX 番号
- ・開催日時
- ・出席予定人数
- ・派遣講師：希望者無なら歯学会一任
希望者有なら氏名を記入
- ・希望講演内容・科目名
- ・会議担当者：住所・電話番号・FAX
番号・氏名・卒業回数

(附) 会費の納入について

納 入 時 期 毎年、都校友会費、日本歯科大学校友会費ともに、支部所属会員より徴収し、7月末日までに都校友会にお送り下さい。
本会の運営の源泉になるものですから、必ず期限内に全員完納となるようご協力下さい。

退会となる場合 2年間引き続いて会費を納入しない会員は、自動的に退会となります。このようなことのないよう充分に所属会員にご指導下さい。
その後、6ヶ月以内に、その未納会費を納入した場合は、引き続いて会員として認められます。

※会費を振り込む際は、支部名と氏名のみ記載して下さい。

東京都日本歯科大学校友会

団体所得補償保険制度

● 病気やケガでお仕事ができなくなった時の休業補償制度です

● 校友会での団体加入ですので掛金が最高の30%引です

● 1年間無事故の場合払込掛金の20%が戻ります

● ご加入に際し医師による健康診断は不要です

もし、病気やケガで
診療が出来なくなったら…

“健康が財産”

安心をお届けします

●申込先●

(株) **G.I.A.**

☎(03)3352-9351 FAX(03)3352-9559 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-26-5 代々木シティホームズ101号

☎(042)524-3203 FAX(042)527-9776 〒190-0022 東京都立川市錦町2-1-1 タウンコート立川403号

【引受保険会社】

東京海上火災保険株式会社 〒100-8050 東京都千代田区丸の内1-2-1・TEL (03) 3285-0967 FAX (03) 5223-3091