

【ステップ1】

オハシス
OHASYSでの会員情報変更の方法

日本臨床歯周病学会ホームページにあるOHASYSのバナーをクリックする。



ここをクリック

注：OHASYSは2018年秋に大幅なリニューアルを予定しております。
リニューアル後の会員情報変更方法につきましては、学会HPに
掲載いたします。

【ステップ2】

OHASYSを初めて使用する際は、パスワード発行ページをクリックする。
2回目以降の方は、ステップ4へ。

会員番号とパスワードを入力の上、ログインしてください。
本システムを初めて利用される方は、下記のパスワード発行ページにお進みください。

会員番号	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>

ログイン

ここをクリック  [パスワード発行ページ](#)

本システムを初めて利用される方、パスワードを忘れた方は
こちらからパスワードを取得してください。

[お問い合わせページ](#)

パスワード取得時のエラー内容、生年月日・フリガナの登録などのお問い合わせは
こちらからお願いいたします。

【ステップ3】

必要情報を入力し、「パスワード発行」をクリックする。

必要情報を入力し「パスワード発行」をクリックしてください。

*必須入力

*会員番号	<input type="text"/>	※半角6文字
*氏名(カナ)	姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>	※半角カナ 姓:10文字以内 名:9文字以内
*生年月日(西暦)	<input type="text"/>	※半角8文字 (例:1978年1月2日の場合、19780102と入力してください)
*メールアドレス	<input type="text"/>	※半角60文字以内 (確認用)

この会員番号は、日本臨床歯周病学会の会員番号でなく学会封筒の氏名ラベルの右下に記載のある6ケタの数字ですので、ご注意ください。

■利用規約の同意

利用規約

OHASYS(オハシス)(以下「当システム」とする)は、(一財)口腔保健協会(以下「弊会」とする)で事務局をお預かりしている学会の会員の皆様方(以下「会員」とする)のみご利用いただけるシステムです。本利用規約は、当システムの利用に関する定めであり、当システムを利用する会員全てに適用されます。

同意します 同意しません

ここをクリック



パスワード発行

戻る

入力したメールアドレスにパスワードが送信されます

【ステップ4】

会員番号とパスワードを入力の上、ログインする。

会員番号とパスワードを入力の上、ログインしてください。

本システムを初めて利用される方は、下記のパスワード発行ページにお進みください。

会員番号	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>

ここをクリック



ログイン

この会員番号は、日本臨床
歯周病学会の会員番号でなく
学会封筒の氏名ラベルの右下
に記載のある6ケタの数字
ですので、ご注意ください。

[パスワード発行ページ](#)

本システムを初めて利用される方、パスワードを忘れた方は
こちらからパスワードを取得してください。

[お問い合わせページ](#)

パスワード取得時のエラー内容、生年月日・フリガナの登録などのお問い合わせは
こちらからお願いいたします。

【ステップ5】

下記の項目が各自変更可能。

変更箇所を修正し、「入力内容を確認する」をクリックする。

なお、変更後に会員名簿に反映されるまで、最大2週間程度かかる。

*必須入力

基本	
氏名	<input type="text"/> ※全角16文字以内 (例: 口腔太郎 のように姓と名の間の空白は不要です)
氏名フリガナ	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> ※半角カナ 姓: 10文字以内、名: 9文字以内
氏名ローマ字	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> ※半角英字 姓: 16文字以内、名: 15文字以内 (例: Koku Taro のように最初の文字のみ大文字で入力してください)
生年月日	<input type="text"/> ※半角8文字 (例: 19780120)
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 法人・団体
勤務先	
郵便番号	<input type="text"/> 半角10文字以内 (例: 999-9999)
住所1	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 東京都豊島区口腔1-43-9)
住所2	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 口腔TSビル301)
勤務先名1	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 口腔大学歯学部)
勤務先名2	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 口腔衛生学講座)
電話番号	<input type="text"/> ※半角15文字以内 (例: 03-9999-9999)
F A X	<input type="text"/> ※半角15文字以内 (例: 03-9999-9999)
メールアドレス	<input type="text"/> ※半角60文字以内

自宅	
郵便番号	<input type="text"/> 半角10文字以内 (例: 999-9999)
住所1	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 東京都豊島区口腔1-43-9)
住所2	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内 (例: 口腔TSビル301)
住所3	<input type="text"/> ※全角16文字、半角32文字以内
電話番号	<input type="text"/> ※半角15文字以内 (例: 03-9999-9999)
F A X	<input type="text"/> ※半角15文字以内 (例: 03-9999-9999)
メールアドレス	<input type="text"/> ※半角60文字以内
その他	
郵便物配達先	<input checked="" type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅
メール配信先	<input checked="" type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅
日本歯科医師会	<input checked="" type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員
WEBシステム	
*会員パスワード	<input type="text"/> ※半角英小文字と半角数字の組み合わせ8文字で入力してください。 (確認用)
*メールアドレス	<input type="text"/> ※半角60文字以内
メールマガジン	<input checked="" type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない ※ご入会しての学会よりお知らせが配信されますので、なるべく希望するを選択してください。