

日本歯科医師連盟 入会申込書 (会員原票)

【 記 入 例 】

フリガナ		性別	出身大学				
氏名		男・女	歯科医師免許証 交付年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	歯科医師登録番号	第 号
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	会員番号	※	都道府県	※	郡市区
	□□□□□□□□						整理番号
就業所 所在地	□□□□□□□□		就業所 電話 ()		会員種別	※ 正会員・会計規則14条の二会員・準会員・終身会員	
就業所名称			14条の二会員を 選択した場合	※	責任者の会員番号	※ 責任者氏名	
自宅所	□□□□□□□□		日本歯科医師会 入会年月日	※ 昭和 平成	年 月 日	※ 所属歯科医師連盟証明	
			都道府県 歯科医師連盟 入会年月日	※ 昭和 平成	年 月 日	※ 都道府県 歯科医師連盟 ㊤	
			日本歯科医師連盟 入会年月日	※	平成 年 月 日	※	
日本歯科医師連盟会長 殿					新規入会・再入会	※	
日本歯科医師連盟に入会します。					平成 年 月 日	※ 郡市区 支部 歯科医師連盟 ㊤	
平成 年 月 日							
氏名 _____ ㊤							

太枠の中すべてご記入願います

郡市の印鑑が必要になります

太枠 本人記入欄
 ※印 都道府県、郡市区(支部) 歯科医師連盟記入欄
 *印 日本歯科医師連盟記入欄

(個人情報の取扱いについて)
 日本歯科医師連盟は、個人情報の保護に関する法令やその他の関連する規範を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。
 日本歯科医師連盟が収集した個人情報は、本連盟の業務上必要な所定の目的、もしくはそれと合理的な関連性のある範囲内で利用いたします。