

*受付日 20 年 月 日

機関会員所属会員用 (歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士) いずれかに をしてください

入会申込書

機関会員番号 ¹	DO-		
歯科医療機関名	フリガナ		
e-mail アドレス	@		
歯科医師	フリガナ	認定資格等 ²	
歯科衛生士	フリガナ	認定資格等 ²	
歯科技工士	フリガナ	認定資格等 ²	

1. 歯科医療機関の機関会員番号を記入してください。

2. 学会等の認定医、専門医等の資格をお持ちの場合記入して下さい。

送信先

FAX : 082-257-5664 / E-Mail : office@h-sdn.org

メールでのお申込みの場合は、必ず PDF ファイルにてお申込みください。