

\* 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 <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	
歯科衛生士	フリガナ	認定資格等 <sup>2</sup>	
歯科技工士	フリガナ	認定資格等 <sup>2</sup>	

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。