

\* 受付日 20 年 月 日

**一般会員用** (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

会員番号*	DO-		
歯科医療機関名	フリガナ		
住所・郵便番号	〒                      フリガナ		
電 話		FAX	
e-mail アドレス	@		
氏名	フリガナ	認定資格等 <sup>1</sup>	
歯科医師会会員 <sup>2</sup>	広島県歯科医師会 その他 (                      都道府県 歯科医師会 )		
歯科衛生士会員 <sup>2</sup>	広島県歯科衛生士会 その他 (                      都道府県 歯科衛生士会 )		
歯科技工士会員 <sup>2</sup>	広島県歯科技工士会 その他 (                      都道府県 歯科技工士会 )		

\* 事務局使用欄ですので、記入しないで下さい。

1 . 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。

2 . 歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会の会員の場合記入して下さい。入会金が異なります。

**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。