

*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 ¹	
歯科医師会会員 ²	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 ²	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 ²	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。