

(様式1号)

一般社団法人奥州歯科医師会 入会申込書

※ 本会記入欄

受付	年	月	日	会員 種別	1・2	県歯 入会	年	月	日
----	---	---	---	----------	-----	----------	---	---	---

氏名	ふりがな	性別	生年 月日	昭和・平成		
		男・女		年	月	日(満歳)
住所	〒					
出身大学		卒業年次	昭和・平成 年 月 卒			
歯科医籍登録	第	号	歯科医師免許交付	昭和・平成 年 月 日		
保険医指定	有・無		記号・番号			

【入会後の連絡先】

自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	
就業所	名称	ふりがな		
	所在地	〒		
	TEL		FAX	
	E-mail			
	開設者 氏名		管理者 氏名	

【入会までの連絡先】

自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	
就業所	名称	ふりがな		
	所在地	〒		
	TEL		FAX	

【備考・その他】

--

奥州歯科医師会会員として入会いたしたく、入会金 円を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

奥州歯科医師会会長 様

氏名 印

上記の者は、本会会員として登録する。

令和 年 月 日

一般社団法人奥州歯科医師会

会長 印