

(様式 2 号)

一般社団法人奥州歯科医師会 異動届

令和 年 月 日

奥州歯科医師会会長 様

就業所住所

氏 名 ⑩

異動のあった項目をチェックし、異動前(旧)・後(新)の内容についてお届けいたします。

項目	異動前(旧)	異動後(新)
<input type="checkbox"/> 会員種別	第1種 第2種	第1種 第2種
<input type="checkbox"/> 氏名	ふりがな	ふりがな
<input type="checkbox"/> 就業所名称	ふりがな	ふりがな
<input type="checkbox"/> 医療機関コード		
<input type="checkbox"/> 就業所所在地	〒	〒
<input type="checkbox"/> 就業所電話番号		
<input type="checkbox"/> 就業所FAX番号		
<input type="checkbox"/> 開設者	ふりがな	ふりがな
<input type="checkbox"/> 管理者	ふりがな	ふりがな
<input type="checkbox"/> 診療所廃止	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 自宅住所※ 承諾する しない	〒	〒
<input type="checkbox"/> 自宅電話番号※ 承諾する しない		
<input type="checkbox"/> 自宅FAX番号※ 承諾する しない		
<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※の異動については、会員名簿記載への承諾についてご記入ください。

令和 年 月 日	理事会承認
一般社団法人奥州歯科医師会	
会長	⑩