

(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 - m a i l		
<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