

## 大分県歯科医師会入会申込書

ふりがな 氏名	性別	生年月日	郡市区	コード	整理番号	会員種別		
	男 女	昭和 平成 年 月 日生	※	※	※	※		
診療所 所在地	〒		電話番号 FAX番号					
現住所	〒		電話番号 FAX番号					
就業所 名称			診療科目					
出身学校名			歯科医籍 登録番号	第	号			
前開業地 又は勤務地			歯科医師免許証 交付年月日	昭和 平成	年 月 日			
大分県歯科医師会会員として入会いたしたく定款など承諾 のうえ、金 30,000円を添え申し込みます。  平成 年 月 日  大分県歯科医師会長 殿  氏名 ㊞			*所属歯科医師会 証 明 欄		郡市歯科医師会 ㊞			
			*郡市歯科医師会 入会年月日		平成	年	月	日
			*大分県歯科医師会 入会年月日		平成	年	月	日
			*大分県歯科医師会 承認年月日		平成	年	月	日
			*大分県歯科医師会 入会金納入年月日		平成	年	月	日

\*は郡市歯科医師会記入欄 ※は、大分県歯科医師会記入欄