

# 公益社団法人 日本歯科医師会 入会申込書(会員原票)

※印 都道府県歯科医師会、郡市区歯科医師会記入欄

\*印 日本歯科医師会記入欄

都道府県	コード	郡市区支部	コード	整理番号	会員種別	共済保険加入種別	※第2種会員(B・C)の場合、下記事項を記入 ○責任者氏名	出身大学	
※		※		※	※	※	○責任者氏名		
フリガナ 氏 名		性別	生 年 月 日		○責任者会員番号		○責任者氏名	歯科医籍登録番号	
		男	大正 年 月 日		第2種会員(D以外)の場合のみ、どちらかに○印をご記入ください。(他の会員種別の方は記入できません。)		第 号	歯科医師免許証交付年月日	
		女	昭和 年 月 日		会誌必要 会誌不要 (広報、雑誌及び付録等は発送いたしません。)		大正 年 月 日		
		平成 年 月 日						平成 年 月 日	
就 業 所 称	※都道府県歯科医師会 入会年月日			*日本歯科医師会 入会承認年月日			*日本歯科医師会 入会金納入年月日		
	平成 年 月 日			平成 年 月 日			平成 年 月 日		
就 住 業 所 所	フリガナ						就 業 所 L	( )	
	[ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]								
自 宅 住 所	フリガナ						自 宅 所 L	( )	
	[ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]								
公益社団法人 日本歯科医師会会長 殿				所 医 証		※		※	
公益社団法人日本歯科医師会会員として入会いたしたく定款及び定款施行規則を承諾の上、入会金及び会費を添えて申し込みます。				属 師 証		都 道 府 県 歯 科 医 師 会 ㊦		郡 市 区 歯 科 医 師 会 ㊦	
氏 名 ㊦				歯 会 科 長 明					
平成 年 月 日									
*記 事									

〈個人情報の取扱いについて〉

日本歯科医師会は、個人情報の保護に関する法令やその他の関連する規範を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。

日本歯科医師会が収集した個人情報は、本会の業務上必要な所定の目的もしくは、それと合理的な関連性のある範囲内で利用します。