

日本糖尿病協会会員申込・歯科医師登録医申請書

日本糖尿病協会歯科医師歯科医師登録医を希望される方は、必要事項をご記入の上、日本糖尿病協会事務局まで郵送またはFAXにてお申してください。

貴会の趣旨に賛同し歯科医師会員申込、歯科医師登録医申請をいたします。

フリガナ	
氏名	
就業所名	
就業所住所	〒
TEL / FAX	
歯科医籍登録番号	
日糖協会員番号 (既に会員の方は必ずご記入ください)	
日歯協会員番号 (必ずご記入ください)	
HPでの情報掲載 (氏名、医療機関名、連絡先)	承諾 ・ 拒否

◆ご記入いただきました個人情報は協会で適切に管理し、歯科医師登録医証の発行や書類等を送付する時に使用します。また、HP掲載を承諾された方以外の情報は、発送に関わる会社以外の第三者への提供、開示などいたしません。

◆月刊糖尿病ライフ「さかえ」は、ご記入いただいた上記の住所に送付します。
お間違えのないよう正確にご記入ください。

申込・申請日：平成 年 月 日



(社)日本糖尿病協会事務局

〒102-0083 東京都千代田区麹町4-2-1 MK麹町ビル5F
電話：03-3514-1721 FAX：03-3514-1725