

入会申込申請書

一般社団法人 福島区歯科医師会 殿

令和 年 月 日

貴会への入会を希望しますので、ご承認くださいますよう提出書類を添付の上申し込みいたします。尚、入会しましたら歯科医師会の運営活動に積極的に参加し、その他のの一連の義務を負うことを承認いたします。

フリガナ				
氏名	Ⓜ	生年月日		
本籍				
現住所				
電話番号	診療所TEL () 携帯TEL ()			
学歴				
職歴				
開業予定地の住所				
歯科医師免許証番号		交付年月日		
開業予定希望時期				
入会理由				
予定診療体系	人員構成	歯科医師 名 歯科衛生士 名		
		歯科技工士 名 歯科助手 名		
	診療時間	午前	午後	
	休診日			
	標榜科名			
	設備	ユニット 台 (メーカー名)		
		レントゲン 台 レセコン (メーカー名)		
	診療所面積	診療室 m ² 受付 m ² 待合室 m ²		
		技工室 m ² 総面積 m ²		
資本金	円			
取引材料店名				

開業設計図面、開業場所地図、履歴書を添付します。