

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と承認いたします。

フリガナ						
氏名	(印)		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。