

正

第6種会員 公益社団法人 日本歯科医師会入会申込書(会員原票)

*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 コード	会員種別 コード	出身大学	日本歯科医師会入会年月日
準会員 (臨床研修医)	90	/	000	*	N		* 平成 年 月 日
フリガナ 氏 名		性別	生 年 月 日		第 号		* 平成 年 月 日
		男	大正 年 月 日		歯科医師免許証交付年月日		日本歯科医師会入会承認年月日
		女	昭和 年 月 日		大正 年 月 日		* 平成 年 月 日
		平成	年 月 日		平成 年 月 日		日本歯科医師会入会金納入年月日
臨床設 研名 修称						歯科医師法に基づく 臨床研修開始年月日	平成 年 月 日
臨床設 研住 修所	フリガナ □□□□ - □□□□					臨床設 研修 TEL	()
自宅 住所	フリガナ □□□□ - □□□□					自宅 TEL	()
公益社団法人 日本歯科医師会会長 殿						第6種 在籍 期間 * 平成 年度から 平成 年度まで	
私は現在、歯科医師法に基づく臨床研修中であり、日本歯科医師会第6種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、歯科医師法に基づく臨床研修開始証明書及び入会金を添えて申込みます。 なお、第6種会員としての会員資格が入会した年度の翌々年度までで終了となることを承諾します。							
平成 年 月 日 氏 名						印	
*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。