

日本糖尿病協会会員申込・登録歯科医申請

日本糖尿病協会登録歯科医をご希望の方は、下記に必要事項をご記入の上、日本糖尿病協会事務局までFAXもしくは郵送にてお申込みください。

貴会の趣旨に賛同し、歯科医師会員申込、登録歯科医申請をいたします。

フリガナ		
氏名		
就業所名		
住所	〒 _____ 都 道 府 県 _____ 市 _____ 区	
TEL/FAX	TEL (_____)	FAX (_____)
E-mail		
歯科医籍番号		
日糖协会会员番号 (既に会員の場合は必ずご記入ください)		
日歯会員番号 (必ずご記入ください)		
HPでの情報掲載 (氏名 医療機関 TEL)	承 諾 ・ 拒 否	

申込日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*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 お送り致します。お間違えの無いように正確にご記入ください。

*ご記入いただきました個人情報は協会適切に管理し、協会誌 及び当協会よりのご連絡書類等を送付するときに使用します。また、 発送にかかわる会社以外の第三者への提供、開示などはいたしません。

FAXの場合は

03-3514-1725

郵送の場合は

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-2-4麹町セントラルビル8F

(公社)日本糖尿病協会 事務局

TEL 03-3514-1721