

日本糖尿病協会会員申込・登録歯科医申請書

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		
日糖協会員番号 (既に会員の場合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 TEL)	承諾・拒否	

*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 で適切に管理し、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

FAX : 03-3514-1725

申込日: 年 月 日

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

公益社団法人日本糖尿病協会 事務局

お問い合わせは TEL : 03-3514-1721 / E-mail : shika@nittokyo.or.jp まで