

国際歯周内科学研究会歯科衛生士会員登録申込用紙

歯科衛生士氏名	
ふりがな	
研究会会員番号	勤務先歯科医師の会員番号
研究会会員氏名	勤務先歯科医師の氏名
勤務先歯科医院名	
郵便番号・住所	
電話番号・FAX 番号	
勤務開始年月日	
わたくしは、非喫煙者であることを認めます。	
本人自筆サイン _____	

※事務局使用欄 歯科衛生士会員番号

--

上記太枠へ必要事項を記入の上、下記住所に郵送してください。

〒863-0032

熊本県天草市太田町 8-10 太田町ビル 1F

一般社団法人 国際歯周内科学研究会

歯科衛生士会員登録係