

(第1号様式)

★歯科衛生士会使用欄

正会員番号

公益社団法人 日本歯科衛生士会  
都道府県 歯科衛生士会 御中

## 入 会 申 込 書

◎太枠の中を記入してください

平成 年 月 日

フリガナ			男	生年月日	(西暦 年)
氏 名			女		昭和 年 月 日
	旧 姓		改姓年月日		昭和 年 月 日
住 所	〒				
連 絡 先	TEL	FAX			
	携帯	E-mail			
出身学校名	昭和・平成 年 月 卒業		学生会員入会の有無 有・無		
免許証の番号 及び登録月日	厚生労働大臣 登録 第 号			昭和 年 月 日	
	都道府県 知事			(西暦 年)	
勤 務 先	住所	〒			
	名称	TEL FAX			
備 考	<input type="checkbox"/> 再入会 (以前に入会あり)				

- (注) 1 免許申請中の方は、免許証の番号及び登録年月日は、都道府県会に後日、報告も可とします。  
2 申込書に記載された個人情報は会員管理に限り使用し、第三者に提供することはありません。