

(1 歯科医院単位ご登録用)

NPO 法人お口の健康ネットワーク入会申込書 お申込年月日 年 月 日

※申込書にご記入の上、FAXまたは郵送にてお申込下さい。(郵送の際の切手代はご負担下さい)

※当会からの情報等は下記登録の医院様宛に発信させていただきますので、変更がありましたらご連絡お願いいたします。

・入会金は無料です。尚、ご不明な点がございましたら事務局までお気軽にお問い合わせ下さい。

項目	登録内容	会員発行名簿	外部情報公開
貴医院名	(フリガナ)	原則公開	公開可・不可
院長名	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
勤務歯科 医師名	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
勤務歯科 衛生士名	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
	(フリガナ)	公開可・不可	公開可・不可
住所	〒	原則公開	公開可・不可
TEL			
FAX		公開可・不可	公開可・不可
Eメール アドレス		公開可・不可	公開可・不可
	会員用メーリングリスト(セミナー等各種ご案内・情報発信)への登録を希望しますか? 登録を希望する方には事務局にて登録・配信させていただきます。 ※携帯電話のメールでは見づらい場合があります。(希望する・希望しない)		

★ 会員の個人情報は本会の活動以外の目的での使用は致しません。

NPO法人 お口の健康ネットワーク事務局

住所：〒700-0953 岡山市南区西市 541-1

TEL：086-244-4692 FAX：086-244-1351