

平成 年 月 日

平成 年 月 日付で

下記の通り異動したのでお届けします。

就 業 所
所 在 地
フリガナ
氏 名

印

※ 会 員 番 号					
都道府県	郡市区	整理番号			
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

[illegible]

※以下太枠線内には、ご変更した項目のみご記入ください。

会 員 記 入 欄	フ リ ガ ナ		フ リ ガ ナ	
	改 氏 名		新 就 業 所 名 称	
	フ リ ガ ナ			
	新 就 業 所 所 在 地			電話 ()
	フ リ ガ ナ			
	新 自 宅 所 住 宅 所			電話 ()
	その他の変更		転出都道府県 歯科医師連盟 退 会 日	平成 年 月 日 ※県外異動者納入状況 (日歯連盟会費) 年度分 円納入済み
県歯連盟 記入欄	※ 変 更 項 目	会員番号・会員種別・会計規則14条の二会員責任者・氏名・就業所名称・就業所所在地 就業所電話番号・自宅住所・自宅電話番号・その他 ()		
その他特記事項				

(注)

標記会員の異動については、上記の通り証明します。

1. 太枠線内は会員記入欄、細枠線内及び※印の箇所については都道府県歯科医師連盟記入欄を表す
2. 特に会員種別の変更は異動状況確認の上、漏れなく届出ること
3. 異動年月日は必ず記入のこと
4. 都道府県を異にする会員の異動の場合は、日歯連盟会費の納入について旧歯科医師連盟がそれを証明すること
未送金分がある場合には、「その他」にその送金予定年月を明記のこと
5. 転出都道府県歯科医師連盟退会日とは、当該会員が県外保留となる際に転出前の都道府県歯科医師連盟を退会した日付を記入のこと
6. 誤って記入した場合は二重線で消し、その箇所に個人印（訂正印）を押印した上で再度記入のこと

平成 年 月 日

都道府県 歯科医師連盟®

＜個人情報取扱いについて＞

日本歯科医師連盟では個人情報の保護に基づき、会員の権利利益を保護するため、会員から知り得た個人情報は厳正に取り扱います。