

年 月 日

## 入 会 願

川崎市多摩区歯科医師会  
会長 殿

氏名  
生年月日 昭和・平成 年 月 日  
自宅住所 〒

電話 : FAX :  
e-mail (携帯等)

私儀、下記の通り歯科診療所を開設し、貴会に入会いたしたく履歴書を添え本願いを提出いたします。

診療所名		曜日	診療時間
診療所所在地	多摩区	月	
診療所電話 診療所 FAX e-mail (PC)		火	
開設管理者名		水	
開院予定日	年 月 日	木	
ユニット台数	台	金	
診療所面積	m <sup>2</sup>	土	
		日	

診療所付近の略図（最寄の歯科医院を記入してください）