

(社) 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

(HDC ネット) 入会申込書

お名前	フリガナ
住 所	〒 -
電話・FAX 番号	
PC メールアドレス	
職 種	
医院名・勤務先・団体名等	
〈備考欄〉	

上記はすべて必須項目です。入会後はメーリングリストにて様々な情報共有を行いますので、メールアドレスはなるべくパソコン対応をお願いいたします。申込後にメールにて入会手続きをお知らせいたします。詳細は下記連絡会サポートセンターまでお問い合わせ下さい。

FAX 番号 04-7176-2220

〈お問い合わせ〉 大石歯科医院内連絡会サポートセンター
TEL 04-7176-2220 担当：伊藤