

충청남도치과의사회 임회원서

※ 본 원서를 작성하신 후 면허증 사본, 개설신고증 사본과 함께 팩스 또는 이메일로 전송해 주시기 바랍니다

성 명 (한글)		
면 허 번 호		사 진
생 년 월 일		(3cm x 4cm)
출 신 대 학		
전 화 번 호 (HP)		
이 메 일		
소 속 분 회		
의 료 기 관 명		
의 원 주 소		
의 원 전 화		
회 원 구 분	[] 개원의 (대표원장) [] 비개원의 (봉직의 / 전공의 / 공보의 / 기타)	
이 전 지 부 (이전시)		

서 약 서

본인은 대한치과의사협회 정관 및 충청남도치과의사회 회칙을 준수하고,
치과의사로서의 품위 유지와 회원 간의 친목 도모 및 협회 회무 발전에 성실히 협조할 것을
서약하며 이에 입회원서를 제출합니다.

202 년 1월 1일

신 청 인 (성명) : (서명 또는 인)

충청남도치과의사회장 귀하

- 서류 접수처 (사무국) : 충남 아산시 배방읍 장재리 1767 요진와이시티 203동 405호
■ 팩스 : 041-553-2884 | 이메일 : cnnda@cnnda.or.kr | 전화문의 : 041-553-2882