登録事項変更届 / 退会届　IDI 友の会 / IDI 歯科衛生士会

会員番号	ふりがな	
	氏　名	様

届出の種別 いずれかに☑してください	☐ 登録事項変更 ☐ 退会	施設基準届出済歯科医院の掲載を ☐ するに変更　☐ しないに変更

※ 施設基準届出済歯科医院の掲載対象は IDI 友の会（歯科医師）の方です。
※ 掲載を「する」に変更する方や新たに施設基準の届出押された方で、すでに受理通知書がある場合、そのコピーも一緒に送信してください。（地方厚生局によっては受理通知書 1 枚目に医院名記載がありません。その場合は 2 枚目も送信してください。）

登録事項変更の場合は変更する項目のみご記入いただければ結構です。

所属医院名			
医院住所	〒		
医院電話番号		医院 FAX 番号	
医院メールアドレス			
ホームページアドレス			
連絡先	☐ 所属医院　☐ 自宅　☐ その他（　　）		
連絡先住所	〒		
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号	
連絡先メールアドレス			
備　考			

FAX： 03-5842-5541 （IDI 事務局）　FAX のほか、郵送もしくはメール添付でも承ります。

登録事項変更の場合

変更した内容を記載した登録事項確認書をご返信いたしますので、内容に誤りがないかご確認ください。

施設基準届出済医院の掲載を「する」に変更の場合　対象：IDI 友の会（歯科医師）

該当する施設基準の受理通知書がある場合は、そのコピーを送信してください。
「掲載方法変更確認書」をご返信いたしますので、変更手数料のご入金をお願いします。
※ 以後、追加で新たな施設基準を掲載する際の手数料は不要です。

施設基準届出済医院の掲載を「しない」に変更の場合　対象：IDI 友の会（歯科医師）

本状のご提出をもって掲載中止を承ります。翌月 1 日までに掲載を中止させていただきます。
※ 次年度以降は「掲載しない」の区分にて会費のご請求をさせていただきます。

ご退会の場合

本状のご提出をもってご退会とさせていただきます。施設基準届出の掲載をされている場合、翌月 1 日までに掲載を中止させていただきます。

Institute of Dental Informations
歯科医療情報推進機構
〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目24-17ネクストビル403
TEL:03-5842-5540　FAX:03-5842-5541　E-mail: info@identali.or.jp

お預かりした個人情報は、IDI の運営並びに会員への情報提供以外の目的には使用いたしません。