　 ［ **様式９** ］

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受付番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　 号 |
| ＊受付年月日 | 平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**日本総合歯科学会研修施設認定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　　月　　　日

**日本総合歯科学会理事長 殿**

施 設 名

（フ リ ガ ナ）

　　施設責任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

会 員№

指導医№

**日本総合歯科学会認定医制度にかかわる研修施設の認定を受けたく、必要書類および認定申請料を添えて申請します。**

|  |
| --- |
| ※　研修施設認定医認定申請料（１万円）の振込み受領証のコピーをこの枠内に貼付ください。 |

＊の欄は記入しないで下さい。