［ **様式１５－２** ］

|  |  |
| --- | --- |
| ＊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登録申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　月　　　日

**日本総合歯科学会理事長 殿**

施　設　名

　　 （フ リ ガ ナ）

|  |  |
| --- | --- |
| ＊認定施設登録番号 | 第　　　　　 　　　号 |
| ＊認定施設登録日 | 　　年　　 月　　　日 |
| ＊認 定 期 限 | 　 年　　　月　　　日 |

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ましたので、登録料を添えて認定施設の登録申請を致します。**

|  |
| --- |
| ※　認定施設登録料（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。