　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ［ **様式1** ］

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

**日本総合歯科学会認定医申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**一般社団法人**

**日本総合歯科学会理事長 殿**

（フ リ ガ ナ）

氏　　 名　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 員 №

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

|  |
| --- |
| ※　認定医認定申請料（１万円）の払込み受領証のコピーをこの枠内に貼付ください（オンラインでの振込みの場合は別紙添付も可）。 |

＊の欄は記入しないで下さい。