

* 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施設更新申請書

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

住 所

施 設 名

認定施設番号 号

年 月 日 取得

日本総合歯科学会認定医制度にかかわる認定施設の資格更新を受けたく、指導医勤務に関する施設長の証明書(様式20)および更新申請料を添えて申請します。

※ 認定医更新手数料(1万円)の振り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。