

* 受付番号	第	号
* 受付年月日	令和	年 月 日

日本総合歯科学会研修施設申請書

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 No.

指導医No.

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。

※ 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。