

資料 1

本学会専門医の申請あるいは更新を希望する会員は、専門医研修カードに必要事項を記入の上、学会会場にてご提出ください。

(社)日本補綴歯科学会専門医研修カード
該当する箇所にレ印を記入してください。

専門医申請予定

専門医更新予定

住所 _____

TEL _____

フリガナ

氏名 _____

支部名 (_____ 年度)

支部名には出席した支部学術大会名を()内には開催年度をご記入ください。