

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

# (公社)日本補綴歯科学会 終身指導医申請書

西暦 年 月 日

(公社)日本補綴歯科学会理事長 殿

(フリガナ)

氏 名 印

指導医番号 号

西暦 年 月 日取得

(公社)日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる指導医の終身資格を受けたく、必要書類および更新申請料を添えて申請します。

※ 終身指導医申請手数料（3万円）の郵便振替払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。