

*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
認定研修機関認定申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

機 関 名

責任者氏名

印

(公社) 日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる認定研修機関 (甲 乙) の
認定を受けたく、施設長の承認を得て申請します。

(注) (甲 乙) いずれか該当する方に○をおつけ下さい。

*の欄は記入しないで下さい。

※ 研修機関申請料 (1万円) 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。