

*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登録申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

所在地 〒

*研修機関登録番号	第	号
*登録日	年	月 日
*認定期限	年	月 日

TEL

機関名

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

認定を受けましたので、登録料を添えて認定研修機関の登録申請を致します。

(注) 認定研修機関名は正しい名称をお書き下さい。

(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。

※ 専門医研修機関登録料 (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。