

*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更新申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

研修機関名

TEL

責任者氏名
(代表指導医)

印

(公社) 日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる研修機関(甲乙)の
認定の更新を受けたく、更新申請料を添えて申請します。

(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。

※ 認定研修機関更新手数料(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。