

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

補綴歯科専門医活動休止申請書

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

補綴歯科専門医認定番号 号

西暦 年 月 日 登録
西暦 年 月 日 失効

補綴歯科専門医制度にかかわる補綴歯科専門医の資格更新を受けるにあたり、
下記の理由により研修を行うことに支障が生じたため、認定期間の延長を希望
し、支障を証明する書類を添えて申請をします。

記

延長理由 (具体的に) :

支障期間：西暦 年 月 日 から西暦 年 月 日まで