

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

推薦 指導医	印	印
-----------	---	---

## 補綴歯科専門医申請書

西暦 年 月 日

(一社) 日本歯科専門医機構理事長 殿

(フリガナ)  
氏名

印

会員 No.

補綴歯科専門医制度にかかわる専門医の認定を受けたく、  
必要書類および認定申請料、認定審査料を添えて申請します。

(①②どちらかの支払方法をお選びください)

<input type="checkbox"/>	①クレジット支払	
<input type="checkbox"/>	②銀行振込(バンクチェック)	りそな銀行の口座が自動発行されます。(1つの請求につき1つの振込先口座) 銀行窓口/ATM/ネットバンキングなど任意の方法でお振り込みください。

※申請書類一式が届き次第、事務局から順次、ご登録のメールアドレス宛に請求案内をさせていただきます。  
会員ページよりお手続きください。

\*の欄は記入しないで下さい。