

*受付番号	第		号
*受付年月日	令和	年	月 日

日本外傷歯学会認定医申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 日本外傷歯学会理事長 殿

日本外傷歯学会認定医制度にかかわる認定医の認定を受けた
く、必要書類および認定審査料 2 万円を添えて申請します。

(フリガナ)

氏名

印

[振込先]

銀行振込 西日本シティ銀行 南小倉支店
(普) No. 3043474
日本外傷歯学会認定医研修会

※認定医認定審査料 (2 万円) の振込み受領証の
コピーをこの枠内に貼付ください。

〒803-0862 北九州市小倉北区今町 2-12-13
一般社団法人日本外傷歯学会
認定医研修会 事務局
TEL : 093-562-6886
FAX : 093-562-6887
E-mail : japan.assoc.dt@gmail.com
URL : http://www.ja-dt.org/

*の欄は記入しないでください。