

* 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登録申請書

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関わる認定医の認定を受けましたので、登録料3万円を添えて認定医の登録申請を致します。

住所

* 認定医登録番号	第	号
* 認定医登録日	年	月 日
* 認定期限	年	月 日

TEL

(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

* 認定医登録料 (3万円) の振込み受領証の
コピーをこの枠内に貼付して下さい。

一般社団法人日本外傷歯学会
認定医研修会 事務局長 曾我 富美雄
〒803-0862 北九州市小倉北区今町 2-12-13
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。