

*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指導医申請書

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指導医の認定を受けたく、必要書類および審査料 1 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

※指導医認定審査料（1 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。