

| | | |
|---------|----|-------|
| * 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

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

日本外傷歯学会認定医制度に関わる認定指導医の認定を受けましたので、登録料2万円を添えて認定指導医の登録申請を致します。

【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

* 指導医登録料 (2万円) の振込み受領証の
コピーをこの枠内に貼付して下さい。

* の欄は記入しないでください。