

* 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更新審査・更新登録書

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更新を受けたく、
審査料・更新登録料3万円を添えて申請を致します。

(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。

*の欄は記入しないでください。