

第9号様式

* 受付番号	第		号
* 受付年月日	令和	年	月 日

日本外傷歯学会指導医更新審査・更新登録申請書

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規則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

※認定医認定更新審査料・更新登録料(3万円)
の振込受領証のコピーこの枠内に貼付して下さい。

*の欄には記入しないでください。