

* 受付番号	第			号
* 受付年月日	平成	年	月	日

(社)日本補綴歯科学会認定研修機関更新申請書

平成 年 月 日

(社)日本補綴歯科学会理事長 殿

研修機関名

TEL

責任者氏名

印

(社)日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる研修機関(甲乙)の
認定の更新を受けたく、更新申請料を添えて申請します。

(注)(甲乙)いずれか該当する方におつけ下さい。

認定研修機関更新手数料(3万円)の郵便振替払込み
受領証のコピーをこの枠内に貼付ください。

*の欄は記入しないで下さい。