

*受付番号	第			号
*受付年月日	平成	年	月	日

## (社)日本補綴歯科学会専門医登録申請書

平成 年 月 日

(社)日本補綴歯科学会理事長 殿

住 所 〒

*専門医登録番号	第			号
*専門医登録日		年	月	日
*認定期限		年	月	日

TEL

(フリガナ)

氏 名

印

(社)日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる専門医の認定を受けましたので、登録料を添えて専門医の登録申請を致します。

\*の欄は記入しないで下さい。

専門医登録料(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。