[様式 18]

＊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更新申請書

平成　　年　　月　　日

（社）日本補綴歯科学会理事長　殿

（フ リ ガ ナ）

氏　　名　　印

専 門 医 番 号　　号

年　　月　　日取得

（社）日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる専門医の資格更新を受けたく、学術大会出席記録（様式 19）、発表記録（様式 20）および更新申請料を添えて申請します。

※　専門医更新手数料（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。