

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

推 薦 指 導 医	印
--------------	---

(公社) 日本補綴歯科学会認定医申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

(フリガナ)

氏 名 印

会 員 No.

メールアドレス:

(非会員の方は必ずご記入ください)

(公社) 日本補綴歯科学会認定医制度にかかわる認定医の認定を受けたく、必要書類および認定申請料・審査料を添えて申請します。

【会員の方】(①②どちらかの支払方法をお選びください)

<input type="checkbox"/>	①クレジット支払	
<input type="checkbox"/>	②銀行振込 (バンクチェック)	りそな銀行の口座が自動発行されます。(1つの請求につき1つの振込先口座) 銀行窓口/ATM/ネットバンキングなど任意の方法でお振り込みください。

※申請書類一式が届き次第、事務局から順次、ご登録のメールアドレス宛に請求案内をさせていただきます。

会員ページよりお手続きください。

【非会員の方】下記ご記入下さい。

認定申請料・審査料 振込日	西暦	年	月	日
---------------	----	---	---	---

*の欄は記入しないで下さい。