

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会認定医登録申請書

西暦 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会理事長 殿

送付先住所 〒

(勤務先の場合は所属も記入)

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

TEL

(フリガナ)

氏 名 印

(楷書で記入)

(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ましたので、登録料を添えて認定医の登録申請を致します。

【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。

※会員ページよりお手続きください。

【非会員の方】

登録料 振込日	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

*の欄は記入しないで下さい。