

*試験受付番号	
*受付年月日	西暦 年 月 日

## 補綴歯科専門医試験申込書

(一社) 日本歯科専門医機構理事長 殿

西暦\_\_\_\_\_年度 補綴歯科専門医試験の受験を希望いたします。

西暦 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男・女
所属・勤務先名称		
連絡先住所	〒	
電話番号		
E-mail		
※会員番号		
入会年月日 (西暦)	年	月 日
点数の開示	希望する・希望しない	

受験料：2,000 円 (消費税込み)

【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】 (下記振込先にお振込みの上、振込日を記載してください)

更新手数料振込日	西暦	年	月	日
----------	----	---	---	---

振込先：ゆうちょ銀行 ○一九店 当座 0565193 公益社団法人日本補綴歯科学会認定審議会

※会員番号は学会誌または会費請求書送付の際に宛名の下方に記載されている6桁の数字になります。ご不明の場合は事前に学会事務局までお問い合わせ下さい。(学会事務局 TEL：03-6722-6090)