

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

補綴歯科専門医認定研修機関登録申請書

西暦 年 月 日

(一社) 日本歯科専門医機構理事長 殿

所在地 〒

*研修機関登録番号	第	号
*登録日	年	月 日
*認定期限	年	月 日

TEL

機関名

印

補綴歯科専門医制度にかかわる補綴歯科専門医認定研修機関（甲乙）の
認定を受けましたので、登録料を添えて認定研修機関の登録申請を致します。

(注) 認定研修機関名は正しい名称をお書き下さい。

(甲 乙) いずれか該当する方に○をおつけ下さい。

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

*の欄は記入しないで下さい。