

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会専門医登録申請書

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)

*専門医登録番号	第	号
*専門医登録日	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) 日本補綴歯科学会専門医制度にかかわる専門医の認定を受けましたので、登録料を添えて専門医の登録申請を致します。

(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。

*の欄は記入しないで下さい。