［様式10］

一般社団法人日本老年歯科医学会専門医登録申請書

　　（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

フリガナ

氏　　名（自署）

氏　　名（ローマ字表記）

勤務先名称＊1

＊1 専門医登録情報となるものです、正式名称を記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 勤務先の会員登録情報と認定資格情報は同じとなります。



　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更はこちらより→

　 一般社団法人日本老年歯科医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、登録料を添えて登録申請いたします。

　学会ホームページの専門医一覧に専門医情報を掲載することを　承知致します。

登録料（￥10,000-）を下記にて送金しました。

　クレジット払い　・　銀行口座振込　　　　（いずれかに○）

　送金日　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日