

一般社団法人日本老年歯科医学会 認定医研修機関認定申請書

年 月 日

一般社団法人
日本老年歯科医学会理事長 殿

一般社団法人日本老年歯科医学会認定医制度にかかわる認定医研修機関として認定を受けたく、ここに申請いたします。

1) 施設名

施設所在地 〒

TEL :

FAX :

指導医氏名 印

2) 責任者氏名 印

*

- 1) 大学にあっては講座、病院にあっては診療科、診療所にあっては診療所名を記載してください。
- 2) 申請施設の責任者である講座の教授、科長、院長名を記載してください。

※認定医研修機関認定申請審査料（1万円）の郵便振替払込み
受領証のコピーをこの枠内に貼付ください。