

一般社団法人日本老年歯科医学会 認定医研修機関資格更新申請書

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
研修機関の資格更新を受けたく、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。

* 研修機関登録番号	第 号
* 研修機関初回登録日	年 月 日
* 認 定 期 限	年 月 日

* 印の欄は記入しないでください。

※ 認定医研修機関更新審査料（1万円）郵便振替払込受領証の
コピーをこの枠内に貼付下さい。