


**日本老年歯科医学会  
摂食機能療法専門歯科医  
申請書**

記入日（西暦） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふり がな <b>1. 氏 名（自署）</b>	年齢： _____ 歳 性別：男・女
<b>2. 所 属</b>	所属：  住所：  電話番号： メールアドレス：  <div style="text-align: right;">  </div> ※会員登録情と同じにしてください。
<b>3. 日本老年歯科医学会 会員番号 認定資格（認定番号）</b>	会員番号： 認定資格： <input type="checkbox"/> 認定医（ _____ ） / <input type="checkbox"/> 専門医（ _____ ）
<b>4. 嚥下機能検査の経験</b>	<input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査（VE） <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査（VF） <input type="checkbox"/> VE、VF 両方ともあり <input type="checkbox"/> なし *5年以上の経験がある方は、様式2の診療実績報告にお進みください。
<b>5. 所属施設での嚥下 機能検査実施状況</b>	<input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査（VE） <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査（VF） <input type="checkbox"/> VE、VF 両方ともあり <input type="checkbox"/> なし

申請料（¥30,000-）を下記にて送金しました。

クレジット払い ・ 銀行口座振込 ・ 郵便振込                      （いずれかに○）

送金日（西暦） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日