

**日本老年歯科医学会
摂食機能療法専門歯科医師
申請書**

記入日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふり がな 1. 氏 名（自署）	
2. 所 属	※所属は会員登録情報と同じにしてください。 会員登録情報は右記 QR コードをご確認ください。 
3. 日本老年歯科医学会 会員番号 認定資格（認定番号）	会員番号： 認定資格： <input type="checkbox"/> 認定医（ ） / <input type="checkbox"/> 専門医（ ）
4. 嚥下機能検査の経験	<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. 所属施設での嚥下 機能検査実施状況	<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 （いずれかに○）

送金日（西暦） 年 月 日