［様式6］

一般社団法人日本老年歯科医学会

摂食機能療法専門歯科医師

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）

勤務先名称＊1

＊1 摂食機能療法専門歯科医師 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 摂食機能療法専門歯科医師の

認定を受けましたので、実地研修修了証および登録料を添えて　登録申請いたします。

学会ホームページの摂食機能療法専門歯科医師一覧に歯科医師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