[様式1]

一般社団法人日本老年歯科医学会

研修機関認定申請書

（西暦）　　　　　年 月 日

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

一般社団法人日本老年歯科医学会 認定制度に関わる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：

代表指導医氏名（自署）

　　　　その他 所属する指導医名

2） 施設責任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊ 1）大学病院および病院における診療科名または部門名を記載してください。

＊ 2）申請施設の責任者である科長、部門長、院長名を記載してください。

申請料（￥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