［様式7］

一般社団法人日本老年歯科医学会

研修機関登録申請書

　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

研修機関名

研修機関住所　〒：

TEL：

フリガナ

　　　　　 　　　　　　代表指導医名（自署）

　 一般社団法人日本老年歯科医学会研修機関の認定を受けましたので、登録申請をいたします。

　　学会ホームページの研修機関一覧に研修機関情報を掲載する　ことを承知致します。

|  |  |
| --- | --- |
| ＊研修機関登録番号 | 　第　　　　　　　　　　号 |
| ＊研修機関登録日 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　 |
| ＊認　定　期　限 | 　　　　年　　　月　　　日 |

* + 印の欄は記入しないでください。