

* 受付番号	第	号
* 受付年月日	平成	年 月 日

日本スポーツ歯科医学会終身認定医申請書 (新規・更新)

平成 年 月 日

日本スポーツ歯科医学会 理事長 殿

(フリガナ)

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ (_____ 歳)

申請時満65歳以上の者が申請可

日本スポーツ歯科医学会認定医制度にかかわる認定医の審査を受けたくここに必要書類および審査料を添えて申請します。なお、施行細則第5条の規定に基づき、終身認定医としての審査を希望します。

審査料の郵便振替払込受領証コピーをこの枠内に貼付して下さい。

新規申請の場合 認定医審査料(1万円)

更新申請の場合 認定医更新審査料(2万円)