**認定証再発行申請書**

一般社団法人 日本歯科麻酔学会　理事長　殿

下記の認定証の再発行を申請させて頂きたく存じますので、再発行手数料を添えて申請致します。

（□欄にチェック）

1．□ 一般社団法人日本歯科麻酔学会　認定歯科衛生士

2．□　一般社団法人日本歯科麻酔学会　登録医

3．□　一般社団法人日本歯科麻酔学会　認定医

4．□　一般社団法人日本歯科麻酔学会　歯科麻酔専門医

5．□　一般社団法人日本歯科麻酔学会　歯科麻酔指導医／歯科麻酔学指導施設

6．□　研修機関

7．□　準研修機関

|  |
| --- |
| **※1～5の場合は資格保有者、6～7の場合は当該施設における指導者名(代表者名)をご記入下さい** |
| **フリガナ** |  |  |  | **印** |
| **申請者氏名** |  |  |  |  |
| **＊1～5の場合はご所属の施設名をご記入下さい** |
| **申請施設名** |  |
| **認定証****送付先住所** | **〒　　　　　―　　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　　－** |
| **再発行理由** |  |

※　記入に関する注意

1）黒インク、または黒ボールペンを使用し、楷書で丁寧に記入して下さい。

2）認定証の氏名は、この申請書に記入された通りに記載いたしますので、旧字体を使用なさる場合等は特にはっきりとお書き下さい。

　　医療機関の認定証の場合は、氏名欄には指導者名をご記入下さい。

3）認定証送付先について、所属宛・自宅宛の別をレ印にてご指定ください。