（様式1）

**歯 科 麻 酔 学 指 導 施 設 認 定 申 請 書**

一般社団法人日本歯科麻酔学会　理事長　殿

申請施設名

（歯科麻酔指導医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

このたび日本歯科麻酔学会認定医・専門医のための

歯科麻酔学指導施設としてご承認いただきたく、

ここに申請いたします。

　　　　　年　　月　　日

機関責任者　　　　　　　　　　　　　　　　（印）