様式８

**日本歯科麻酔学会専門医更新申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号＊ | 第　　　　　　　　　号　　 |
| 受付年月日＊ | 　　　年　　　月　　　日 |

　　年　　月　　日

一般社団法人日本歯科麻酔学会

専門医審査委員会　殿

私は日本歯科麻酔学会専門医の更新を受けたく、必要書類及び更新手数料

を添えて申請します。

専門医登録番号　　　　　　第　　　　　　　　　号

登　録　期　限　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ふ り が な

申 請 者 氏 名

生　年　月　日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

自　宅　住　所　　　〒　　　－

電話　　　－　　　－　　　 E-mail

FAX　　　 －　　　－

勤　　務　　先

同 上 所 在 地　　　〒　　　－

 電話　　　－　　　－　　　E-mail

 FAX　　　 －　　　－

備　　　　　考　＊

　１）＊の欄は記入しないで下さい。 ２）年号はすべて西暦で記入して下さい。

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式3-1

**麻 酔 専 従 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、　　年　　か月間（　　　　年　　月から　　　　年　　月まで）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

歯科麻酔の業務に専従していたことを証明する。

※他施設への研修等で、上記期間中に専従を満たさない期間がある場合にご記入下さい。

非専従期間：　　　年　　　か月間（　　　　年　　月から　　　　年　　月まで）

年　　　月　　　日

歯科麻酔学指導施設名：

歯科麻酔指導医名： 　　印

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

　　　様式3-2

**業 務 内 容 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

下記の業務に従事していることを証明する。

期　間：　　　年　　　か月間（　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで）

形　態：　1週間当たりの日数：　　　日／週

上記期間中の身分と業務内容：

注）医科麻酔科研修機関の指導者へのお願い

貴施設での麻酔研修は、いずれに該当するか○をつけて下さい。

1．医科麻酔領域のみの研修

2．医科麻酔領域ならびに歯科・口腔外科の麻酔研修

3．歯科・口腔外科の麻酔に限定した研修

4．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

特記事項：

年　　　月　　　日

所 属 名：

指導者名： 　　印

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式3-3

**研 修 派 遣 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者を、　　年　　か月間（　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に、

歯科麻酔の研修を目的に派遣していたことを証明する。

　　　　年　　　　月　　　　日

歯科麻酔学指導施設名：

歯科麻酔指導医名： 印

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式10

**払込控貼付用紙**

氏　　名：

※払込証明書の写しを貼付して下さい。原本は控えとして保管して下さい。

〈振込の証明となるもの〉

・各金融機関の窓口でのお手続きの場合：交付された控えの写し

・ATMでお手続きの場合：ご利用明細票等の写し

・インターネットバンキングでのお手続きの場合：振込完了画面（振込内容（金額・振込年月日・振込人名義がわかるもの）を印刷したもの

振込証明書貼り付け欄

一般社団法人　日本歯科麻酔学会