様式1-1

**研 修 機 関 認 定 申 請 書**

一般社団法人日本歯科麻酔学会　理事長　殿

申請研修機関名

このたび日本歯科麻酔学会認定医・専門医のための

研修機関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

指導者

※いずれかの資格を丸で囲んで下さい

（日本歯科麻酔学会　歯科麻酔専門医・日本麻酔科学会　麻酔科専門医）