

*受付番号	第			号
*受付年月日	平成	年	月	日

## 日本外傷歯学会認定医申請書

平成 年 月 日

一般社団法人 日本外傷歯学会理事長 殿

日本外傷歯学会認定医制度にかかわる認定医の認定を受けたく、  
必要書類および認定審査料2万円を添えて申請します。

(フリガナ)  
氏名

印

## [振込先]

郵便振込	No. 01740-5-145610 日本外傷歯学会認定医研修会
銀行振込	西日本シティ銀行 南小倉支店 (普) No. 3043474 日本外傷歯学会認定医研修会

※ 認定医認定審査料(2万円)の振込み受領証の  
コピーをこの枠内に貼付ください。

〒803-0862 北九州市小倉北区今町2-12-13  
日本外傷歯学会 認定医研修会 事務局  
担当 吉松 香士  
TEL : 093-562-6886  
FAX : 093-562-6887  
E-mail : [japan.assoc.dt@gmail.com](mailto:japan.assoc.dt@gmail.com)  
URL : <http://www.ja-dt.org>

\*の欄は記入しないでください。