

*受付番号	第	号
*受付年月日	令和	年 月 日

# 日本外傷歯学会認定医申請書

令和 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]**

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

※指導医認定審査料 (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  
一般社団法人日本外傷歯学会  
認定医研修会 事務局  
TEL : 093-562-6886  
FAX : 093-562-6887  
E-mail : japan.assoc.dt@gmail.com  
URL : http://www.ja-dt.org/

\*の欄は記入しないでください。