

*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更新審査・更新登録申請書

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規則にかかわる認定医の更新を受けたく、審査料・更新登録料3万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

※ 認定医認定更新審査料・更新登録料（3万円）の振込み受領証のコピーをこの枠内に貼付ください。

〒800-0862 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
URL : <http://www.ja-dt.org>

*の欄は記入しないでください。