

* 受付番号	第	号
* 受付年月日	西暦	年 月 日

有床義歯学会認定歯科技工士登録申請書

西暦 年 月 日

有床義歯学会会長 殿

ふりがな
氏 名 印

会 員 番 号 第 号

* 認定歯科技工士番号	第	号
* 認定歯科技工士登録日	西暦	年 月 日
* 認 定 期 限	西暦	年 月 日

有床義歯学会認定制度規則に基づき、認定歯科技工士の認定を受けましたので、登録料を添えて認定歯科技工士の登録申請を致します。

※ 認定歯科技工士登録料（1万円）の払込み
受領証のコピーをここに貼付して下さい。

*の欄は記入しないで下さい。