

*受付番号	第	号
*受付年月日	西暦	年 月 日

有床義歯学会指導医登録申請書

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
認定医番号 第 号

*指導医番号	第	号
*指導医登録日	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、指導医の認定を受けましたので、登録料を添えて指導医の登録を申請します。

※ 指導医登録料（2万円）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。