研修施設認定・更新申請書

西暦　　　年　　月　　日

日本歯周病学会専門医委員会 御中

認定

更新

　日本歯周病学会専門医制度にかかわる研修施設の　　　　を受けたく、申請します。

※どちらかに○をして下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関代表者名

　　フリガナ

　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認定番号　　　　※更新時のみ記入）

　　　　　　　　〒　　－

同上所在地

　　　　　　　　電話：　　－　　　－　　　FAX：　　－　　　－

　　　　　　　　Ｅメール

　指導医名　　　（主任指導医名･登録番号）

　　（以下所属指導医名・登録番号）

※　指導医が研修施設に常勤していることが求められます。

※　研修施設における教育研修とは、歯周病における診断と治療のための医療技能を収得することをいいます。

（注）認定申請時のみ、別紙にて最寄駅（バス停）からの医療機間の所在地図を添付して下さい。

医療機関の所在地図（認定申請時のみ必要）

最寄駅（バス停）からの医療機関の所在地図を記載下さい