歯周病専門医研修施設指定登録内容変更申請

西暦　　年　　月　　日

日本歯周病学会歯周病専門医審査委員会 御中

　日本歯周病学会専門医制度にかかわる研修施設の登録内容の変更を申請します。

医療機関代表者名

　　フリガナ

　医療機関名

（指定番号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定番号　　　　）

　　　　　　　　〒　　－

同上所在地

　　　　　　　　電話：　　－　　　－　　　FAX：　　－　　　－

Ｅメール

　指導医名　　　（主任指導医･登録番号）

（署名・捺印）　（以下所属指導医・登録番号）

【注意事項】

　・正式名称･誤記にご注意ください。登録名称および施設認定番号が不明な場合は、学会ホームページにて確認できます。

・上記記載のすべての指導医の氏名が本学会ホームページに掲載されます。