様式１

|  |
| --- |
| 指導医申請書　特定非営利活動法人日本歯周病学会歯周病専門医審査委員会　殿　　ふりがな　　氏　　名　　生年月日　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日生　　所属名　　所在地　　歯周病専門医　平成・令和　　（西暦　　　　）年　　　月　　　日　取得，登録番号 第　　　号　　　　日本歯周病学会指導医制度規則に基づいて指導医の指定を受けたく，　　　下記の申請書類を提出し審査を申請いたします。記1. 履歴書
2. 指導医推薦書
3. 日本歯周病学会歯周病専門医認定証（コピー）
4. 業績目録
5. 症例報告（８症例）
6. 日本歯周病学会歯周病専門医制度研修記録簿
7. 指導医申請料11,000円の受領書のコピー
8. 本学会での症例発表または歯周病専門医症例発表の抄録（発表２回、２症例以上）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　（西暦　　　　）年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　 |

特定非営利活動法人日本歯周病学会