様式１

日本歯周病学会

認定医認定申請書

申請年月日　西暦 　　年　　月　　日

特定非営利活動法人日本歯周病学会　認定医委員会　御中

 ふ り が な

 申請者氏名

　日本歯周病学会認定医制度規則に基づき、日本歯周病学会認定医の認定を受けたく認定申請料（銀行払込金の受領証のコピー）を添え、下記の関係書類を提出致しますので審査願い上げます。

記

1. 特定非営利活動法人日本歯周病学会認定医資格審査表（様式２）
2. 履歴書（様式３）
3. 特定非営利活動法人日本歯周病学会正会員証明書（様式４：氏名のみ記入してください）
4. 歯科医師免許証（コピー（Ａ４判に縮小してください））
5. 認定医・専門医教育講演参加証（コピー（Ａ４判縮小コピー可））
6. 倫理に関する講演参加証（コピー）
7. 研修証明書（様式５）
8. 指導医の推薦書（様式６）
9. 症例報告書（様式７・様式８）※様式７－１に要指導医署名
10. カラー顔写真　1枚（履歴書用の写真サイズ・4.5cm×3.5cm・裏面に氏名記載のこと）
11. 申請料銀行払込金の受領証のコピー

（申請書裏面に貼付してください。クレジットカード決済の場合、決済画面のコピー等でご準備ください。）