西暦　　　年　　　月　　　日

日本歯周病学会　専門医委員会

委員長　　殿

日本歯周病学会専門医制度

「専門医委員会が認めた歯周病に関する学会および研修会」認定申請書

下記の（学会・研修会　いずれかに○）を日本歯周病学会専門医制度施行細則　附表３-１-８）に基づく「専門医委員会が認めた歯周病に関する学会および研修会」の認定を申請します。※は委員会で記載します

申請者（研修会は指導医）氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （学会・研修会）  の名称 | ※（新規　継続）継続の場合は登録番号必須登録番号 | |
| 主催団体名  申請者または代表者の連絡先 | 住所  電話  メールアドレス | |
| 開　催　地  開催日時  （同名の学会または研修会が複数回になる場合はすべて書いてください  研修時間が１年間で５時間を超えること） | 1. 会場名   所在地  西暦　　　年　　月　　　日（　）　　時　　分～　　時　　　分   1. 会場名   所在地  西暦　　　年　　　月　　　　日（　）　　時　　　分　～　　　時　　　分   1. 会場名   所在地  西暦　　　年　　　月　　　　日（　）　　時　　　分　～　　　時　　　分   1. 会場名   所在地  西暦　　　年　　　月　　　　日（　）　　時　　　分　～　　　時　　　分   1. 会場名   所在地  西暦　　　年　　　月　　　　日（　）　　時　　　分　～　　　時　　　分  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計時間 | 時間数 |
|  |
|  |
| 対象者 |  | |
| 参加予定者数  （研修会のみ） |  | |
| 学会・研修会の内容  （プログラム・講師名等） | 簡潔に。申請する研修会が歯周病に関する内容であることが証明できる「案内チラシ」や「抄録」などを別に添付してください。 | |
| 備考 | ※ これより下は、記載しないでください。  受付日：西暦　　　年　　　月　　　日  承認日：西暦　　　年　　　月　　　日新登録番号  認定通知書送付日：　西暦　　　年　　　月　　　日 | |