

認定医（者）申請書

申請年月日 年 月 日

日本全身咬合学会認定委員会殿

氏名 ふりがな 印

生年月日 大正・昭和 年 月 日生

所属名

所在地

職業 医師・歯科医師・その他（ ）

日本全身咬合学会の認定医（者）の指定を受けたく、下記の申請書類を提出し審査を申請致します。

記

1. 履歴書
2. 学会会員歴証明書
3. 研修証明書
4. 業績集(発表・論文等写しをご同封願います)
5. 認定会員推薦書
6. 認定申請料1万円と認定審査料1万円の合計2万円の受領書コピー

(認定医申請料・審査料振込先) ※お振込名義は個人名でお願い致します。

三菱東京UFJ銀行 駒込支店

普通貯金 No.0018925

口座名義 一般社団法人 日本全身咬合学会

履 歴 書

ふりがな 氏名					男 ・ 女	大正・昭和	年	月	日生
現住所									
学 歴									
年号	年	月	日						
職 歴									
学会および社会における活動									
上記の通り相違ありません。									
年 月 日									
氏 名									

学会会員歴証明書

※氏名のみご記入ください

氏 名 _____

上記の者、昭和・平成 年 月 日より日本全身咬合学会の会員であることを証明致します。

平成 年 月 日

一般社団法人
日本全身咬合学会 印

研修証明書

研 修 集 会 名 (学術大会・公開講座・研修セミナー等)		主 催 者 名		期 日		単 位		※出席証明等 コピーNo.
学術大会	単位	公開講座 認定研修セミナー	単位	関連学会		単位		
				小 計		単位		

※研修会等に出席した場合は、参加章等のコピーを同封して下さい。

なお、コピーには番号を付けて下さい。

コピーが無い場合は、コピーNo.になしとご記入ください。

業績集

業績の種類 (発表・講師 論文・著書)	演者・共同演者 筆頭著者・共同著 者の区別	発表：演題・集会名・年月日 著書：書名・題目・頁・発行所・年 論文：題名・誌名・巻（号）　・頁～頁・年	単位
	取得単位小計	単位	
研修集会出席単位＋業績単位 合　　計		単位	

認定会員推薦書

平成 年 月 日

日本全身咬合学会認定委員会 御中

_____殿は人格、学識および臨床経験（教育研修）等、
認定医（者）としての諸条件を備えているので、ここに推薦します。

推薦者氏名 1 _____ ㊞

推薦者氏名 2 _____ ㊞

※ 推薦者氏名は本人の署名・捺印が必要です。
本紙をコピーして1名ずつの署名・捺印でも結構です。