

* 受付番号	第			号
* 受付年月日	西暦	年	月	日

## 有床義歯学会認定医登録申請書

西暦 年 月 日

有床義歯学会会長 殿

ふりがな  
氏 名 印

会 員 番 号 第 号

* 認定医番号	第			号
* 認定医登録日	西暦	年	月	日
* 認定期限	西暦	年	月	日

有床義歯学会認定制度規則に基づき、認定医の認定を受けましたので、登録料を添えて認定医の登録申請を致します。

※ 認定医登録料（2万円）の払込み受領証のコピーをここに貼付して下さい。

\* の欄は記入しないで下さい。