

*受付年月日：平成 年 月 日 *受付番号： 番→事務局記入欄

日本睡眠歯科学会指導医認定申請書

平成 年 月 日

日本睡眠歯科学会 理事長殿

私は日本睡眠歯科学会認定医制度の指導医の認定を受けたく、関係書類および指導医認定申請料を添えて申請いたします。

(黒インクまたは黒ボールペンで、楷書で記入すること)

| | |
|--------|--------------------------|
| フリガナ | 姓 名 (日本睡眠歯科学会 会員番号) |
| 申請者氏名 | 印 |
| 英字氏名 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 (歳) (男 ・ 女) |
| 自宅住所 | 〒 - 電話 - - ファックス - - |
| 主たる勤務先 | 名称 (正式な所属名称を記入のこと) 役職 |
| 同上所在地 | 〒 - 電話 - - ファックス - - |
| 書類送付先 | 自宅 ・ 勤務先 →○を付けてください |
| 電子メール | @ |

日本睡眠歯科学会

理事長

殿

私は禁煙を誓約いたします。

氏名：

①

所属：

日本睡眠歯科学会
会員歴証明書

殿

貴殿は下記期間、本学会正会員であることを証明いたします。

*認定医3年，指導医6年

| | | | |
|---------|----------|------|--|
| 会 員 歴 | 年 月 ~ 現在 | 会員番号 | |
| 現在までの通算 | 年 月 日 | か月 | |

日本睡眠歯科学会 印

| | |
|------------|--|
| 事務局記入 欄 | 年会費 完納 ・ 未納 (年度から) |
| | 指導医申請は認定医取得3年後以上 認定医取得日 年 月 日 (年 か月以上) |
| | 備考： |

(注) 会員歴は、事務局で調査記入いたしますので氏名のみご記入ください。

| | | |
|-----|--|---|
| 姓 名 | | 印 |
|-----|--|---|