|  |
| --- |
| ＊受付年月日：　　　　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 日本睡眠学会認定資格 | 睡眠医療認定　（　歯科医師　・　医師　）第　　　　－　　号 |
| 他学会認定資格 | 指導医・専門医・専修医・認定医　等の明記 |
| 最終学歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業・修了）（博士・修士） |
| 医師免許 | （歯科医師・医師）取得日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日免許番号 |
| 睡眠治療・研究を行っているその他の機関 | ※主たる勤務先の他にあればご記入ください）名称〒　　　－　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　－　　　　　　　　　　ファックス　　　　　－　　　　－ |

その他の提出書類チェックリスト

* 禁煙宣言書
* 日本睡眠歯科学会会員歴証明書
* 歯科医師・医師免許証のコピー
* 日本睡眠学会　歯科専門医・認定医師のコピー

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：　　　　　　　　　　　㊞

 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員歴 | 　　　年　　　月　～　　　現在 | 会員番号 |  |
| 　現在までの通算 | 年　　　　　か月 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊認定医３年，指導医６年

　　　　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 |