

\*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 睡眠学会 認定資格	睡眠医療認定 ( 歯科医師 ・ 医師 ) 第 ー 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 〒 ー 電話 ー ー ファックス ー ー

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：

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 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
-----	--	---