

| | |
|---------|-----|
| ※ 受付番号 | 第 号 |
| ※ 受付年月日 | |

※欄は記入しないでください。

記入日 年 月 日

公益社団法人日本矯正歯科学会 専門医委員会 殿

施設内追加研修申請書

フリガナ

申請者氏名（自署）_____

施設内追加研修を受講したく、下記必要書類と共に申請します。

必要書類：確認のしるしとして提出書類の左□内に☑を記入してください。

- ☐ 1. 施設内追加研修申請書（様式1）
- ☐ 2. 施設内追加研修記録書（様式2）
- ☐ 3. 施設内追加研修申請履歴書（様式3）
- ☐ 4. 施設内追加研修についての誓約書（様式4）
- ☐ 5. 日本矯正歯科学会認定医資格証のコピー（有資格者のみ）
- ☐ 6. 歯科医師免許証のコピー

申請期間：令和7(2025)年3月1日(土)～令和8(2026)年12月31日(木)（期間厳守）

なお、電話での質問回答対応は致しかねますので、施設内追加研修申請専用ページ「お問い合わせ」フォームよりお願いいたします。