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

（様式暫１）

**一般社団法人日本口腔衛生学会指導医申請書**

**（令和3年5月27日規則改正時の暫定措置に基づく）**

一般社団法人

日本口腔衛生学会理事長　殿

　　 　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

私は令和3年5月27日規則改正の一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則附則9(3)に基づく指導医の認定を受けたく申請書類および認定審査料（郵便払込票兼受領票のコピー）を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  申請者氏名 |  | | 生年月日　　　　 年　　　月　　　日 |
| 勤務先又は  開業医院名 |  | | |
| 同上所在地 | 〒    電話：　　　- - 　　　　　FAX：　　　- - | | |
| 自宅住所 | 〒    電話：　　　- - 　　　　 FAX：　　　- - | | |
| 連絡先に○印を付して下さい | | 勤務先　　　　　　自　宅 | |
| 指導医No. | | No. | |

＜申請書類＞

(1)　指導医申請書（様式暫１）

(2)　認定更新料（21,000円）、郵便払込票兼受領票のコピー

（指導医申請書（様式暫１）の裏面にご貼付ください。）

【更新料の振込について】

郵便局に備え付けの振替用紙（青色）をご利用の上、お振込み願います。

必ず「暫定措置に基づく指導医更新料」とご記入ください。

加入者名 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

番号 00170-5-603875

書類提出先　（必ずレターパック・簡易書留等、追跡可能な郵便にてご送付ください。）

〒170-0003　東京都豊島区駒込1－43－9　駒込ＴＳビル4階　(一財)口腔保健協会内

一般社団法人日本口腔衛生学会　暫定措置に基づく指導医更新　係

電話　03-3947-8891