

[日本口腔リハビリテーション学会認定医更新制度様式 1-2]

※受付番号	第 号
※受付年月日	年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定医更新申請書

年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会 理事長 殿

※認定医登録番号	第 号
※認定医登録日	年 月 日
※認定期限	年 月 日

住所

(フリガナ)

氏 名 印

TEL

日本口腔リハビリテーション学会認定医更新にかかわる所定単位数はまだ満たしていませんが、暫定猶予期間3年の間に必要単位数を取得しますので認定医更新を申請いたします。

記入注意：※の欄は、記入しないでください

更新料（2万円）を指定された口座に送金し、本申請書に振込受領証のコピーを添付すること
但し、一度振り込まれた更新料は返却されません。