

[日本口腔リハビリテーション学会認定医制度様式3]

※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研修施設変更届

平成 年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会理事長 殿

※研修施設登録番号	第	号
-----------	---	---

以下の通り変更となりましたので、研修施設登録内容の変更をお願いします。

変更前

研修施設住所：

研修施設名：

指導医氏名：

変更後

研修施設住所：

研修施設名：

指導医氏名：

記入注意：※の欄は、記入しないでください