[日本口腔リハビリテーション学会認定医更新制度様式 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研修施設更新申請書

年　　月　　日

日本口腔リハビリテーション学会理事長 殿

|  |  |
| --- | --- |
| ※研修施設登録番号 | 第 　　　　　号 |
| ※研修施設登録日 | 年　 月　 日 |
| ※認定期限 | 年　 月 　日 |

住所

研修施設名

（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制度に基づいて認定研修施設更新を申請

します。

記入注意：※の欄は、記入しないでください

更新料（１万円）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。