

一般社団法人日本接着歯学会
認定研修施設 代表指導医変更 申請書

(西暦) 年 月 日

(一社) 日本接着歯学会 理事長 殿

提出者氏名：

一般社団法人日本接着歯学会 認定研修施設の代表指導医を変更する旨、
ここに申請いたします。

1) 施設名：_____

変更後の代表指導医氏名：_____

診療部門責任者についても上記代表指導医に変更を行う場合は、
下記にチェックを入れてください。

診療部門責任者についても上記代表指導医に変更を行います。

施設に所属する他の指導医氏名

・
・
・

2) 診療部門責任者氏名：_____

3) 変更理由／下記いずれかにチェック

- 前任者の退職
 施設内での人事異動による変更
 前任者の資格喪失
 その他 ()

*

- HP 掲載の研修施設一覧を確認の上、正確に施設名を記入ください。
- 大学病院・大学附(付)属病院の場合、接着歯科治療に関連する診療科(部)長あるいは所轄の講座又は分野の責任者を記入して下さい。大学以外の病院は、接着歯科治療に関連する診療科(部)長を、小規模個人診療所は、診療所代表者を記入して下さい。なお、診療部門責任者と代表指導医は兼任することが出来ます。

*専門医認定研修カリキュラムの変更を行う場合には、「専門医認定研修実施要綱」および「認定研修ガイドライン」をご確認のうえ、変更後の新しい研修カリキュラムも別途提出ください。