

一般社団法人日本接着歯学会  
認定研修施設 名称変更 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 認定研修施設の名称を変更する旨、ここに申請いたします。

1) 認定研修施設名

現)

変更後)

\*住所および電話番号に変更がある場合は下記に記載すること

所在地：

TEL：

代表指導医氏名：

上記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) 名称変更理由

\*診療部門責任者については大学病院・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。