

一般社団法人日本接着歯学会

認定研修施設 診療部門責任者 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 認定研修施設診療部門責任者を変更する旨、

ここに申請いたします。

1) 施設名：_____

代表指導医氏名：_____

施設に所属する他の指導医氏名

- ・
- ・
- ・

2) 変更後の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 ()

*

- 1) 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。
- 2) 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。