13号様式

一般社団法人日本接着歯学会

専門医認定研修施設指定申請書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本接着歯学会理事長　殿

医療機関名

診療部門責任者＊ 印

代表指導医 印

　日本接着歯学会専門医制度規則第３章の規定に基づく認定医研修施設として指定を受けたく必要書類及び申請料を添えて申請します．

＜必要書類＞

（１）指定申請書（第13号様式）

（２）研修施設申告書（第14号様式）

（３）別添　指定申請料払込受領証のコピー（大学病院・大学附(付)属病院を除く）

* 診療部門責任者について

大学病院・大学附(付)属病院　:　診療科（部）長あるいは所轄の講座又は分野の責任者

大学以外の病院　:　診療科（部）長

小規模個人診療所　：　診療所代表者

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．

別添

大学病院・大学附(付)属病院の指定申請料は免除となります．

※　認定研修施設指定申請料（１万円）の払込受領証のコピーを貼付してください．