

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

大学の場合は、大学病院の診療部門の名称での申請をご検討下さい。なお、所轄の講座・分野名あるいは病院名でも申請は可能です。

指導医申請と同時申請の場合は、研修施設の代表となる予定の指導医申請者名を記入して下さい。

医療機関名

診療部門責任者*

記名押印または自署して下さい。

印

代表指導医

記名押印または自署して下さい。

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。

大学病院以外の病院および小規模個人診療所の申請者は申請料が必要です