

受付番号 ※	更第 一 号
受付年月日 ※	

日本小児歯科学会認定医更新要件免除申請書

年 月 日

日本小児歯科学会理事長 殿

私は日本小児歯科学会認定医制度に関する規則施行細則第8条により、認定医の更新要件を免除されるよう申請します。

登録番号	第 号	登録期限	年 月 日まで		
フリガナ	氏	名	印	所 属 都道府県	都 道 府 県
申請者氏名					
生年月日	年 月 日	男 ・ 女	所属地区	北日本・関 東 中 部・近 畿 中四国・九 州	
自宅住所	〒 — 電話 — —				
勤務先又は 開業医院名	(所属科名又は標榜科名)				
同上所在地	〒 — 電話 — —				
備 考※					

記入注意:

- 1) 黒インク又は、黒ボールペンを使用し、楷書で記入してください。Word 記載可。
- 2) 勤務している方は所属科名を、開業している方は標榜科名を記入してください。
- 3) 所属都道府県、地区欄は、勤務先、開業医院の所在地により記入してください。
- 4) ※の欄は、記入しないでください。
- 5) 認定医更新要件免除後も 5 年毎の認定医の更新は必要となる。認定医更新申請書の提出(第5号様式)と認定医認定更新審査料が必要であり、毎年の継続料も必要となる。