

専門医認定期限延長申請書

_____年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会 殿

申請者氏名 _____ 印

日本小児歯科学会専門医制度規則に基づき、専門医認定期限延長の承認を受けたく必要書類を提出いたしますので、ご審査願います。

認定期限延長の理由

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠出産育児 | * 母子健康手帳など出産証明の書類(複写)を添付 |
| <input type="checkbox"/> 病気療養 | * 診断書などの書類(複写)を添付 |
| <input type="checkbox"/> 介護 | * 理由書(手紙)・診断書などの書類(複写)を添付 |
| <input type="checkbox"/> 海外留学 | * パスポートなどの書類(複写)を添付 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

認定更新延長の期間

※期間 3 年が限度ですが、原則 1 年毎の「延長申請が必要」となります。

_____年 月 日 ~ _____年 月 日