

※受付番号 _____

※どちらか○をおつけください

(専門医・認定医) 資格更新用ケースプレゼンテーション
発表申請書

専門医・認定医番号： _____ 登録期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

申請者氏名： ふりがな _____

所属： _____

連絡先： 〒 _____ 住所 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

演題： _____ の 1 例 (初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

指導医名 (自署)： _____ ⑩

・患者 (保護者) の承諾 あり なし ・利益相反 あり なし

・概要 (200 字程度)

上記の者は、本学会にて発表・展示を行ったことを証明する。

年 月 日

第 回日本小児歯科学会 地方会大会および総会

大会長

⑩