

様式 1 - 4

終身矯正歯科認定医確認申請書

年 月 日

日本ベッグ矯正歯科学会理事長 殿

日本ベッグ矯正歯科学会認定医制度にかかる矯正歯科認定医の終身を受けたく、以下の必要書類及び申請料を添えて申請します。

(フリガナ)

氏 名

印

必要書類：確認の印として、提出書類の左□内に（✓）を記入して下さい。

- 終身矯正歯科認定医確認申請書（様式 1 - 4）（本用紙）
- 終身矯正歯科認定医確認調書（様式 2 - 4）
- 研修ポイント達成証明書（様式 5）
- 現有の終身矯正歯科認定医資格証のコピー
- 申請料10,000円の銀行振込金受領書のコピー

| | |
|---------|-------|
| * 受付番号 | 第 号 |
| * 受付年月日 | 年 月 日 |

*の欄は、学会事務局で記入する。