

様式1

認定医認定申請書

申請年月日 年 月 日

日本臨床歯周病学会認定医審議会 御中

ふりがな
申請者氏名



日本臨床歯周病学会認定医制度規則に基づき、認定医の認定を受けたく、下記の関係書類を提出致しますので審査願います。

1. 日本臨床歯周病学会認定医資格審査表 (様式2)
2. 履歴書 (様式3)
3. 歯科医師免許証 (コピー〈A4判縮小コピー可〉)
4. 指導医の推薦書 (様式4)
5. 指導医の検印を受けた治療に関する資料
 - ①認定医申請患者一覧表 (様式5)
 - ②メンテナンスまでの治療を行った1名の患者に関する資料 (様式6)
6. 1症例の口腔内写真とX線写真のアルバム
7. 1症例のポケット診査表 (様式7)
8. 郵便振替払込金受領証のコピー

(注) 5、6、7に関しては、「別添資料」を参照して記入して下さい。

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会
「禁煙宣言」に対する同意書

年月日 年 月 日

氏名（自署）

印

私は、特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会が定めた「禁煙宣言」に同意し、
禁煙推進活動に積極的に協力いたします。