

| | |
|---------|-----------|
| ※ 受付番号 | 第 _____ 号 |
| ※ 受付年月日 | _____ |

※欄は記入しないでください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公益社団法人日本矯正歯科学会 専門医委員会 殿

施設内追加研修申請書

フリガナ

申請者氏名（自署）_____

施設内追加研修を受講したく、下記必要書類と共に申請します。

必要書類：確認のしるしとして提出書類の左□内に☑を記入してください。

- ☐ 1. 施設内追加研修申請書（様式 1）
- ☐ 2. 施設内追加研修記録書（様式 2）
- ☐ 3. 施設内追加研修申請履歴書（様式 3）
- ☐ 4. 施設内追加研修についての誓約書（様式 4）
- ☐ 5. 日本矯正歯科学会認定医資格証のコピー（有資格者のみ）
- ☐ 6. 歯科医師免許証のコピー

申請期間：令和 7 (2025) 年 3 月 1 日(土) ～ 令和 8(2026) 年 12 月 31 日(木) (期間厳守)

なお、電話での質問回答対応は致しかねますので、施設内追加研修申請専用ページ「お問い合わせ」フォームよりお願いいたします。