様式13

**一般社団法人日本歯科心身医学会　研修施設指定申請書**

　一般社団法人

　日本歯科心身医学会認定委員会　殿

　この度、日本歯科心身医学会認定医制度に関わる研修施設に指定していただきたく、必要書類を添えて申請致します。

　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　施設名ならびに診療科名：

　　　　　　所在地：

　　　　　　TEL：

申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　指導医登録番号：

　　　　　　　　※指導医未取得の代議員が申請される場合は、代わりに会員番号を記載

申請料の振り込み受領コピーを

この枠内に貼布してください。

**※申請の際には、指導医証明書の写しを同封してください。**