様式4

**一般社団法人日本口腔内科学会　研修施設指定申請書**

　一般社団法人

　日本口腔内科学会認定委員会　殿

　この度、日本口腔内科学会専門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

申請審査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。**

様式5

**指導医（代議員）勤務証明書**

西暦　　　　年　　　月　　　日

　当機関には、以下に示す一般社団法人日本口腔内科学会

　指導医（代議員）が勤務していることを証明します。

　　　　指導医（代議員）名：

　　　　勤務診療科名：

　　　　　　　　　　施設名：

　　　　　　　　　　　 施設長氏名：　　　　　　　　　　印