

登録医申請書

日本歯科麻酔学会理事長 殿

ふりがな ますい たろう
申請者 麻酔 太郎

生年月日 1973 年 9 月 25 日生 XX 歳

性別 男 女



連絡先 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル 4 階

TEL 03-3947-8891

FAX 03-3947-8341

E-mail gakkai12@kokuhoken.or.jp

勤務先 一般財団法人 口腔保健協会

所在地 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル 4 階

TEL 03-3947-8891

入会年月日 2012 年 10 月 4 日

この度、日本歯科麻酔学会登録医の資格を取得致したく存じますので、
必要書類および登録医認定申請料を添えて申請致します。

20XX 年 12 月 1 日

申請者 _____ 麻酔 太郎

