



日本臨床歯科口腔インプラント評価機構

認証医制度申請書

令和 年 月 日

お申込みされる制度に○をお願いします。

- ☐ 認証医
- ☐ 認証認定医（認証医の資格が必要です）
- ☐ 認証医と認証認定医の同時申請
- ☐ 認証専門医（認証認定医の資格が必要です）

*氏名

*メールアドレス

*所属医療機関名＜主たる勤務地＞

*医療機関住所

*お電話番号

*他学会の専門医資格をお持ちでしたらご記入ください

(例)○○○○学会専門医取得

*勤務形態（あてはまるものに○をつけてください）

☐ 開業医院長・法人理事 ☐ 常勤勤務医

☐ フリーランス・無所属

下記内容をお読みいただき、ご署名をお願いいたします。

- ☐ 私は日本臨床歯科口腔インプラント評価機構の規定に従い、認証医制度に申し込みいたします。
- ☐ 認定証発行に要する料金を確認し、合格通知が届いた後すみやかに入金いたします。
- ☐ 入金確認後、認定証を受け取ることを承諾いたします。

氏 名(署名)
