

認定施設申請書

20 年 月 日

口腔顔面神経機能学会

認定医制度認定委員会 殿

施設名	
施設代表氏名	⑩

口腔顔面神経機能学会認定医制度規程に基づき、認定施設として申請いたしますので審査をお願いいたします。

記

1. 認定施設申請書 (B-1 様式)
2. 審査器具リスト (B-2 様式)
3. 認定医名簿 (B-3 様式)
4. 認定医の認定証 (写)

連絡先	〒
	TEL FAX

診査器具リスト

【B-2】

20 年 月 日

施 設 名	
施 設 代 表 氏 名	⑧

診査器具について詳細を記載してください。

SW 知覚テスター	(製造元)	(納入年月日)
		年 月 日
2点弁別	(製造元)	(納入年月日)
		年 月 日
テストディスク	(製造元)	(納入年月日)
		年 月 日

認定医名簿

【B-3】

20 年 月 日

施 設 名	
施 設 代 表 氏 名	印

1	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
2	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
3	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
4	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
5	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
6	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
7	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：
8	認定医氏名：		
	認定医登録番号：	登録年月日：	有効期限：

※ 書ききれない場合は、この用紙をコピーして記入してください。