

認定施設資格更新申請書

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	⑨
認定施設番号	第 号 (20 年 月 日認定)
認定証（写）	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 紛失

口腔顔面神経機能学会認定医制度規程に基づき、認定施設資格更新の審査を受けたいので下記
の関係書類及び資格更新手数料を添えて申請いたします。

記

1. 認定施設資格更新申請書（更新（施設）-1 様式）
2. 審査器具リスト（更新（施設）-2 様式）
3. 認定医名簿（更新（施設）-3 様式）
4. 認定医の認定証（写）
5. 認定施設更新審査料納入済領収書（写）

連絡先	〒	
	E-mail	TEL FAX

診査器具リスト

【更新（施設）－2】

20 年 月 日

施設名	
施設代表氏名 ⑩	

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
味覚検査関連機器	有 ・ 無	
	※味覚検査関連機器に関しては、機器の有無の確認をいたしますが、更新要件には含みません（無でも更新可）。	

認定医名簿

【更新（施設）－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。