

# 日本総合口腔医療学会 セカンドオピニオン医登録申請書

年 月 日

一般社団法人  
日本総合口腔医療学会理事長 殿

住 所 〒

TEL :

フリガナ  
氏 名

印

日本総合口腔医療学会認定医制度にかかわるセカンドオピニオン医  
認定を受けましたので、登録料を添えて登録申請をいたします。

*セカンドオピニオン医登録番号	第 号
セカンドオピニオン医登録日	年 月 日
*認 定 期 限	年 月 日

\* 印の欄は記入しないでください。

※ 認定医登録料（3万円）郵便振替払込受領証のコピーを  
この枠内に貼付下さい。