

# 通 知

「(公社) 日本口腔インプラント学会認定医

## “専修医” “専門医” 取得状況のご回答依頼 (お願い) の件

[ 送信枚数 : 1 枚 (本状含む) ]

東京形成歯科研究会 会員 / 認定講習会 受講者 各位

平成 27 年 6 月 15 日

〒114-0002 東京都北区王子 2-26-2  
ウェルネスオクデラビルズ 3F オクデラメディカル内  
一般社団法人東京形成歯科研究会  
事務局 押田 浩文

前略 事務局として甚だお恥ずかしいご依頼で大変恐縮ではございますが、会員の先生方の(公社)日本口腔インプラント学会認定医の取得状況を事務局までご教示いただけるよう、ご協力の程お願い申し上げます。以下の「認定医 取得状況 回答書」の必要事項に記入の上、以下まで送信をお願い致します。 草々

### 認定医 取得状況 回答書

→ FAX : 03 - 3919 - 5114

→ E-mail : okudera@carrot.ocn.ne.jp

送信期日 : 6 月 30 日 (火)

専修医及び専門医を取得済みの先生は□に「✓」印を、また取得した年を記載して下さい。取得した年が不明

な場合でも「✓」印のみを記載して、送信して下さい。ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

■ 専修医  . . . 取得した年 [            ]年

■ 専門医  . . . 取得した年 [            ]年

以下にお名前と貴院名をご記入下さい。

お名前	貴院名