**JSOI　・　（公社）日本口腔インプラント学会**

**「認定医　取得状況　回答書」**

（一社）東京形成歯科研究会　事務局　　行

**送信先**　**E‐mail：****okudera@carrot.ocn.ne.jp**または**FAX：03‐3919‐5114**

**送信期日**　　2022年**11**月**17**日（木）**正午**

※必要事項が認識できれば、「回答書」を利用しなくても結構です。Email本文にその旨を記載して下さい。

取得済みの認定医　□　に 「 レ 」 印を、①登録番号第[　　　　]号　②登録年月日[西暦　　　 年　　月　　日]　に“数字”を入力または記載をお願いします。

**■“専修”医**

①登録番号 第[　　　　　　 　　]号　②登録年月日[西暦　　　 年　　月　　日]

**■“専門”医**

①登録番号 第[　　　　　　 　　]号　②登録年月日[西暦　　　 年　　月　　日]

**■“指導”医**

①登録番号 第[　　　　　　 　　]号　②登録年月日[西暦　　　 年　　月　　日]

**以下にお名前と貴院名をご記入下さい。**

**お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 貴院名**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

〒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　　（一社）東京形成歯科研究会　事務局

TEL：03‐3919‐5111　／　FAX：03‐3919‐5114　／　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp