



一般社団法人 日本美容歯科医療協会 (口腔統合医療研究会)

口腔ヒアルロン酸治療 検定試験  
申 請 書

私は、所定の受験要件を満たしたため、口腔ヒアルロン酸治療検定試験を申請いたします。

申請年月日 平成 年 月 日			
氏 名	Ⓜ	氏名英字	
		会員番号	(省略可)
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E メールアドレス (PC 用)			

口腔統合医療研究会定款第3条第2項ならびに細則第4条第5条に基づき、下記受験資格の各項目をすべて満たしている者を認定委員会及び理事会の承認により、試験・審査受験者として認めるものとする。

\* 口腔ヒアルロン酸治療検定試験 受験資格 (チェックリスト)

- 確認事項: 口腔ヒアルロン酸治療認定医の資格取得には、本検定試験の合格が必要であることを確認。
- 本研究会の会員であること (受講時等に自動的に会員登録をしています)。
- 本研究会主催・共催講習会 (講習会参加もしくはDVD) を受講し、受講証の交付を受けていること。
  - ・DVD での受講は、1 購入につき、1 名有効。
- 検定料 (32,400 円) の納入が確認できること。

【送金先】

ゆうちょ銀行 五四八 (ゴヨンハチ) 支店 普通 1945002

ゆうちょ銀行 記号15430 番号19450021

シヤ) ニホンビヨウシカイリョウキョウカイ  
研究会記載欄(ご記入は不要です)

ID	入会年月日	研究会内受賞 功 績
会員氏名 会員番号		試験・審査 結果 合・再・再合・再否・検討 ( )
受験要件確認	確認済・確認中・確認不可	所属医療機関
参加状況	講習会 回	DVD受講 回
学会協力		活動内容
その他要件		納付状況
推 薦 者	理事	評議委員

口腔統合医療研究会 認定委員会

FAX 送信先 : 03-5843-3616